

Secteur Public Accidents du Travail



SECTEUR PUBLIC A.T.

DEFINITIONS

ASSISTANCE

TITRE I – GARANTIE LEGALE

Section I - Objet et étendue de l'assurance **8**

- | | |
|----------------------------------|---|
| Article 1 - Objet de l'assurance | 8 |
| Article 2 - Etendue territoriale | 8 |

Section II - Modalités d'indemnisation **8**

- | | |
|--|----|
| Article 3 - Rémunération maximale | 8 |
| Article 4 - Incapacité temporaire | 8 |
| Article 5 - Frais de traitement, frais de déplacement et de nuitée et frais funéraires | 9 |
| Article 6 - Incapacité permanente | 9 |
| Article 7 - Décès | 9 |
| Article 8 - Indexation des rentes et allocations | 9 |
| Article 9 - Contrôle médical | 10 |
| Article 10 - Paiement des indemnités | 10 |
| Article 11 - Subrogation | 10 |
| Article 12 - Litiges | 10 |

TITRE II – ACCIDENTS CORPORELS DU PERSONNEL NON ASSUJETTI – GARANTIES EXTRA-LEGALES

Section I - Accidents corporels du personnel non assujetti 11

Article 13 - Objet de la garantie 11

Article 14 - Modalités d'indemnisation 11

Section II - Indemnités extra-légales complémentaires en faveur des bénéficiaires de la garantie légale 13

Section III - Exclusions 13

TITRE III – EXTENSION DE GARANTIE

Article 15 - Elargissement de la notion de « conjoint » 14

Article 16 - Couverture pour le travail à domicile 14

Article 17 - Couverture des accidents survenus durant la participation à des événements sportifs, sociaux, culturels organisés par le preneur d'assurance 15

Article 18 - Couverture 24h / 24 pour les accidents lors de missions à l'étranger 15

TITRE IV – DISPOSITIONS COMMUNES

Section I - Prime – Avances – Déclaration des rémunérations – Défaut de paiement 16

Article 19 - Calcul de la prime – Déclaration des rémunérations 16

Article 20 - Avances 16

Article 21 - Quérabilité 16

Article 22 - Déclarations des rémunérations 17

Article 23 - Défaut de paiement 17

Article 24 - Impôt – frais 18

Section II - Risque assuré	18
Article 25 - Obligations du preneur d'assurance	18
Section III - Modification du risque	19
Article 26 - Diminution du risque	19
Article 27 - Aggravation du risque	19
Section IV - Sinistres	20
Article 28 - Déclaration	20
Article 29 - Soins médicaux	20
Article 30 - Prévention et Contrôle	21
Section V - Durée et résiliation du contrat	21
Article 31 - Prise d'effet de la garantie	21
Article 32 - Durée	21
Article 33 - Continuation du contrat	21
Article 34 - Résiliation	21

DEFINITIONS

Les mots en **gras** sont définis dans ce lexique

Accident du travail

L'accident survenu dans le cours et par le fait de l'exercice des fonctions ou l'accident sur le chemin du travail et qui produit une lésion.

Accident de la vie privée

Accident survenu en dehors d'activités professionnelles.

Accident professionnel

Accident survenu à la personne assurée au cours et par le fait de ses prestations pour le compte du **preneur d'assurance**. L'accident survenu au cours de ces activités est présumé, jusqu'à preuve du contraire, être survenu du fait de ces activités.

Le chemin du travail, au sens de la loi du 03.07.1967, relatif à cette activité professionnelle, est assimilé à l'activité professionnelle.

La Compagnie

L'entreprise d'assurance avec laquelle le contrat a été conclu.

La Loi

La loi du 3 juillet 1967 relative à la prévention ou la réparation des dommages résultant des accidents du travail, des accidents survenus sur le chemin du travail et des maladies professionnelles dans le secteur public ainsi que toutes ses extensions, modifications et arrêtés d'exécution.

Preneur d'assurance

L'institution publique, souscripteur du contrat, mentionnée aux conditions particulières.

Personnes assurées

Sont considérées comme personnes assurées

- pour le titre I et le titre II / section II
le personnel du **preneur d'assurance** désigné aux conditions particulières.
- pour le titre II / section I
les personnes ne bénéficiant pas de la garantie légale et désignées aux conditions particulières.

Service médical

L'organisme chargé de reconnaître l'inaptitude qui ouvre à l'agent un droit à une pension prématurée définitive ou temporaire (article 3, 3° de l'arrêté royal du 13 juillet 1970).

ASSISTANCE

Sauf dérogation stipulée aux conditions générales la garantie est acquise dès la prise d'effet de l'assurance contre les accidents du travail et s'applique tant que celle-ci est en vigueur.

LES 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 la présente assurance.

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

ENGAGEMENTS DU PRENEUR D'ASSURANCE

Pour bénéficier des prestations de la garantie assistance, le **preneur d'assurance** :

- doit contacter avant toute intervention le call-center de la **Compagnie** au 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 de la présente assurance et ne préjuge donc en rien de cette couverture.

La **Compagnie** se réserve le droit de demander au **preneur d'assurance** :

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

Le **preneur d'assurance** restituera d'office les titres de transport que la **Compagnie** a procuré en faveur d'une **personne assurée** et qui n'ont pas été utilisés.

A défaut, la **Compagnie** pourra réclamer au **preneur d'assurance** le remboursement des sommes que nous avons supportées, à concurrence du préjudice qu'elle a subi du fait de ce manquement.

Pour autant que le **preneur d'assurance** les ait autorisées à faire appel à la couverture Assistance, les **personnes assurées** bénéficient des assistances suivantes :

1. Première assistance téléphonique 24h/24

Accès direct à l'assistance téléphonique mise à disposition 24h/24 : la **Compagnie** apporte son aide pour assister la **personne assurée** lors d'un **accident professionnel** couvert dans le cadre de la présente assurance.

2. Assistance psychologique

A la suite d'un **accident professionnel** couvert par la présente assurance, 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 cohabitante de la **personne assurée** et leurs enfants, ou à défaut le père et la mère,
- si nécessaire, de groupe pour les collègues traumatisés par l'accident.

3. Mobilité

Dans le cas où une **personne assurée**, victime d'un **accident professionnel** couvert par la présente assurance, 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 € par jour .

4. Aide ménagère

Dans le cas où une **personne assurée** :

- est victime d'un **accident professionnel** couvert par la présente assurance,
- 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 € par nettoyage;
 - **la Compagnie** peut également rechercher des fournisseurs pouvant livrer à la résidence de la **personne assurée**, 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 à l'étranger

Lorsqu'une **personne assurée** est victime d'un **accident professionnel** couvert par la présente assurance au cours d'une mission professionnelle temporaire à l'étranger, elle pourra obtenir auprès du call-center 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 **personne assurée** selon des moyens adaptés à sa situation médicale (par avion sanitaire, avion de ligne régulière, train en première classe ou ambulance) jusqu'à un service hospitalier en Belgique proche de sa résidence, ou jusqu'à sa résidence, selon le cas.

Lorsque la **personne assurée** 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 anticipé des proches de la personne assurée lorsqu'ils sont en séjour à l'étranger

Dans le cas où une **personne assurée** est hospitalisée plus d'une nuit en Belgique suite à un **accident professionnel** couvert par la présente assurance et si l'état médical de celle-ci exige la présence d'un membre de la famille à son chevet, **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.

TITRE I – GARANTIE LEGALE

Section I - Objet et étendue de l'assurance

Article 1 – OBJET DE L'ASSURANCE

Par le présent contrat, **la Compagnie** garantit au **preneur d'assurance** le paiement des indemnités et frais que celui-ci doit verser aux membres de son personnel à la suite d'un **accident du travail**, visé par **la Loi**.

Le risque de maladie professionnelle visé par l'article 2 dernier alinéa de **la Loi** n'est pas compris dans l'assurance sauf mention expresse dans les conditions particulières.

Article 2 – ETENDUE TERRITORIALE

La présente assurance est valable dans le monde entier.

Section II - Modalités d'indemnisation

Les indemnités résultant du présent contrat sont versées au **preneur d'assurance**.
Le contrat ne décharge pas le **preneur d'assurance** de ses obligations à l'égard des membres de son personnel, victimes d'un **accident du travail** (article 14 §2 de **la Loi**).

Article 3 – REMUNERATION MAXIMALE

Sauf convention contraire, **la Compagnie** garantit au **preneur d'assurance** le remboursement des indemnités, frais et allocations tels que précisés aux articles 5 à 9 de **la Loi** sans que la rémunération annuelle prise comme base d'indemnisation puisse excéder 150.000 € par an et par personne.

Article 4 – INCAPACITE TEMPORAIRE

La Compagnie garantit au **preneur d'assurance** le remboursement des indemnités dont bénéficie la **personne assurée** en vertu de l'article 3bis de **la Loi**.

La Compagnie règle l'incapacité temporaire conformément aux conclusions de son médecin-conseil.

Article 5 – FRAIS DE TRAITEMENT, FRAIS DE DEPLACEMENT ET DE NUITEE ET FRAIS FUNERAIRES

La Compagnie garantit le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, ainsi que du coût de prothèse et d'orthopédie, des frais de déplacement et de nuitée ainsi que les frais funéraires.

La Compagnie règle ces frais aux personnes qui les ont pris en charge dans les limites du tarif et des modalités fixés par le Roi en exécution de l'article 3 de **la Loi** ou de toute autre disposition qui modifierait ou remplacerait cet article.

Article 6 – INCAPACITE PERMANENTE

- **La Compagnie** paie les indemnités et allocations prévues aux articles 4 à 7 de **la Loi**.
- Lorsque le pourcentage d'incapacité permanente est majoré, conformément à un accord intervenu entre le **preneur d'assurance** et la **personne assurée**, **la Compagnie** n'est pas tenue de supporter la charge découlant de cette majoration.

Cette disposition est également applicable lorsque le **preneur d'assurance** est condamné, en vertu d'une décision judiciaire, à exécuter cet accord.

- **La Compagnie** règle l'incapacité permanente conformément aux conclusions du **service médical**.
- Le **preneur d'assurance** s'engage à informer **la Compagnie** par écrit, de ces conclusions, dans les 10 jours de leur réception.

Article 7 – DECES

La Compagnie paie les indemnités et allocations prévues aux articles 5 et 8 à 11 de **la Loi**.

Article 8 – INDEXATION DES RENTES ET ALLOCATIONS

- La rémunération servant de base à la fixation de la rente et des allocations est la rémunération en vigueur au moment de l'accident.
- Les rentes et allocations sont liées à l'indice pivot, conformément à l'article 13 de **la Loi**.

Article 9 – CONTRÔLE MEDICAL

Jusqu'à l'expiration du délai de révision, le **preneur d'assurance** délègue expressément aux médecins-conseils désignés par **la Compagnie** la fixation des périodes d'incapacité temporaire, ainsi que le contrôle des frais de traitement.

Article 10 – PAIEMENT DES INDEMNITES

Les indemnités sont dues au **preneur d'assurance** qui donne quittance, sans aucune stipulation au profit de la **personne assurée** ou de ses ayants droit.

Article 11 – SUBROGATION

La Compagnie est subrogée dans les droits et actions du **preneur d'assurance**, qu'il détiendrait contre les tiers responsables du dommage, y compris les droits et actions résultant de l'application de la responsabilité objective fixée par l'article 29bis de la loi relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs et ceci dans les limites de la loi.

Article 12 – LITIGES

Tous les litiges résultant de l'application des présentes conditions générales et de l'application de la législation sur les accidents du travail seront tranchés par les tribunaux de 1^{ère} Instance compétents.

<p>TITRE II – ACCIDENTS CORPORELS DU PERSONNEL NON ASSUJETTI – GARANTIES EXTRA-LEGALES</p>

Section I - Accidents corporels du personnel non assujetti

Cette garantie est interprétée conformément à la jurisprudence relative à la **Loi**.

Article 13– OBJET DE LA GARANTIE

La Compagnie garantit le paiement des indemnités et frais prévus aux conditions particulières en cas d'accident de la vie professionnelle et /ou de la vie privée survenus aux **personnes assurées** désignées dans le contrat.

Les indemnités sont déterminées sur base des rémunérations conventionnelles annuelles ou sur base des rémunérations réelles des **personnes assurées**, conformément aux stipulations du contrat.

Lorsque les indemnités sont calculées en fonction des rémunérations réelles, elles sont basées sur les rémunérations allouées aux **personnes assurées** pendant les douze derniers mois. Les rémunérations réelles prises en considération pour le calcul des primes comme pour le règlement des indemnités sont plafonnées au montant fixé aux conditions particulières.

Article 14 – MODALITES D'INDEMNISATION

1. Décès

Le capital décès est versé aux ayants droit déterminés par référence aux dispositions applicables en matière d'accident du travail pour autant qu'il n'y ait pas de bénéficiaires désignés aux conditions particulières.

A défaut de bénéficiaire, **la Compagnie** limite son intervention au remboursement des frais funéraires, à la personne qui les a payés.

En aucun cas le capital décès ne peut se cumuler avec le capital pour invalidité permanente.

2. Invalidité permanente

Dès la consolidation et au plus tard trois ans après l'accident, **la Compagnie** paie, en cas d'invalidité permanente totale résultant d'un accident couvert, le capital fixé aux conditions particulières. Si l'invalidité est partielle, **la Compagnie** paie le pourcentage de ce capital correspondant au degré d'invalidité.

Le taux d'invalidité est fixé en application du barème officiel belge des invalidités (B.O.B.I).

L'invalidité est considérée comme totale dès que le taux d'invalidité atteint 67 %.

L'indemnité due par **la Compagnie** ne peut jamais dépasser le capital prévu en cas d'invalidité permanente totale.

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

3. Incapacité temporaire

Pendant maximum trois ans à partir du jour de l'accident, **la Compagnie** paie l'indemnité journalière prévue aux conditions particulières, à partir du jour de l'accident ou à l'expiration du délai de carence stipulé au contrat.

Si la **personne assurée** peut bénéficier pour l'accident d'indemnités journalières en vertu de la législation belge sur l'assurance maladie invalidité, **la Compagnie** paie l'indemnité contractuelle sous déduction de celles-ci.

L'indemnité est payée au **preneur d'assurance** aussi longtemps que la **personne assurée** est dans l'incapacité d'exercer ses activités professionnelles pour le **preneur d'assurance**. Lorsque celle-ci peut exercer une partie de ses activités, l'indemnité est réduite proportionnellement.

4. Frais de traitement et d'hospitalisation

Jusqu'à la date de la consolidation, **la Compagnie** garantit, à concurrence du montant fixé aux conditions particulières, le paiement des frais médicaux, pharmaceutiques, hospitaliers, de prothèse et d'orthopédie.

L'intervention de **la Compagnie** a lieu après celle des organismes de sécurité sociale.

Ces frais sont remboursés à la personne qui les a supportés.

5. Perte de la qualité de personne assurée

Lorsque la personne assurée n'exerce plus d'activités professionnelles au profit du **preneur d'assurance**.

6. Etat antérieur

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.

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 d'intervention de **la Compagnie**.

7. Expertise médicale

En cas de contestation sur la réalité ou le degré d'invalidité permanente ou encore sur les périodes d'incapacité temporaire, le différend est soumis contradictoirement à deux médecins-experts.

Faute d'accord, ces derniers font appel à un troisième médecin. Ces trois experts statuent en commun.

A défaut de majorité, l'avis du troisième 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 par le Président du tribunal de 1^{ère} Instance de Bruxelles siégeant en référé, à la requête de la partie la plus diligente.

Les parties s'engagent à accepter irrévocablement les conclusions des experts qui feront loi entre elles et ne seront susceptibles d'aucun recours.

Chaque partie supporte les honoraires et frais de son médecin-expert et intervient pour moitié dans ceux du troisième.

Section II - Indemnités extra-légales complémentaires en faveur des bénéficiaires de la garantie légale

En cas d'**accident du travail** et/ou en cas d'**accident de la vie privée**, la **Compagnie** paie les indemnités complémentaires stipulées aux conditions particulières.

L'accident est défini et les ayants droit sont déterminés par référence aux dispositions applicables en matière d'accident du travail.

Si la **personne assurée** peut bénéficier pour l'accident d'une indemnité journalière en vertu de la législation belge sur l'assurance maladie invalidité, la **Compagnie** paie l'indemnité contractuelle sous déduction de celle-ci.

Les frais médicaux, pharmaceutiques, hospitaliers, de prothèse et d'orthopédie sont payés à la personne qui les a supportés, à concurrence du montant fixé aux conditions particulières et sous déduction des montants payés dans le cadre de la **Loi** ou sous déduction de l'intervention des organismes de sécurité sociale s'il s'agit d'un **accident de la vie privée**.

Les indemnités complémentaires sont payées au plus tard trois ans après l'accident qui en est la cause.

Section III - Exclusions

Sont exclus, les accidents résultant :

- de l'intoxication alcoolique d'un taux supérieur à 0.8 gr/l de sang,
- de l'utilisation de drogues ou autres stupéfiants,
- de la participation à des paris, défis, ou à des actes téméraires,
- du fait intentionnel du **preneur d'assurance**, de la **personne assurée** ou des ayants droit,
- d'une maladie grave telle que cécité, surdité, paralysie, épilepsie, attaque apoplectique, délire alcoolique, troubles mentaux ou dépression nerveuse. **La Compagnie** prend le sinistre en charge si l'assuré ou ses ayants droit prouvent l'absence de relation causale entre la maladie grave et l'accident.
- d'un tremblement de terre ou d'un autre cataclysme naturel survenu en Belgique,
- d'actes de terrorisme, de sabotage, d'attentats ou agressions, sauf s'il est prouvé que la **personne assurée** n'y a pris aucune part active, légitime défense exceptée,
- 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 **personne assurée** 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 **personne assurée** bénéficie des moyens nécessaires pour quitter le territoire. En aucun cas, la garantie n'est acquise si la **personne assurée** a pris une part active à ces hostilités,
- 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,

- des activités suivantes :
 1. les sports motorisés en compétition ou en entraînement
 2. le canyoning, les sports aéronautiques ou aériens, parachutisme, vol à voile, ULM, montgolfière, delta-plane, parapente et benji
 3. les sports de combat et de défense, à l'exception des sports suivants : judo, aikido, taï chi chuan, escrime.

Sont également exclus

- les lésions et leurs suites provenant d'opérations ou traitements pratiqués par la **personne assurée** sur sa propre personne sauf s'il s'agit d'atténuer les conséquences d'un accident couvert en raison de l'impossibilité dans laquelle il se trouve de recevoir les soins nécessaires en temps utile,
- le suicide ou la tentative de suicide et ses conséquences.

TITRE III – EXTENSION DE GARANTIES

Moyennant convention expresse, **la Compagnie** garantit les cas suivants.

Article 15 – ELARGISSEMENT DE LA NOTION DE « CONJOINT »

En cas d'**accident du travail** survenu à une **personne assurée** en vertu de la garantie légale, **la Compagnie** paie à son partenaire cohabitant les mêmes indemnités que celles revenant à un conjoint dans les conditions de l'article 8 de **la Loi**. 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 aux personnes désignées aux conditions particulières, **la Compagnie** paie à leur partenaire cohabitant les mêmes indemnités que celles revenant à un conjoint pour autant qu'il n'y ait pas de bénéficiaires indiqués aux conditions particulières.

Les indemnités de décès 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.

Article 16 – COUVERTURE POUR LE TRAVAIL A DOMICILE

Le membre du personnel bénéficiaire de la garantie légale, 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, a qualité de bénéficiaire de la garantie extra-légale en cas d'accident survenu à son domicile ou sur ce lieu de résidence dans les cas suivants :

- l'accident doit avoir été déclaré comme **accident du travail** au **preneur d'assurance**
- la **personne assurée** 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 tout accident sportif.

La notion de domicile ou de résidence s'étend au sens de l'article 8 de la loi du 10 04 1971.

Article 17 – COUVERTURE DES ACCIDENTS SURVENUS DURANT LA
PARTICIPATION A DES EVENEMENTS SPORTIFS, SOCIAUX,
CULTURELS ORGANISES PAR LE PRENEUR D'ASSURANCE

Le bénéficiaire de la garantie légale, victime d'un accident survenu sur le chemin de ou durant une manifestation sportive, sociale ou culturelle organisée par le **preneur d'assurance**, déclaré et non reconnu comme **accident du travail** a qualité de bénéficiaire de la garantie extra-légale au titre d'**accident de la vie privée**.

Article 18 – COUVERTURE 24h/24 POUR LES ACCIDENTS LORS DE MISSIONS
A L'ETRANGER

Le bénéficiaire de la garantie légale, victime d'un accident survenu lors d'une mission professionnelle temporaire à l'étranger, déclaré et non reconnu comme **accident du travail**, a qualité de bénéficiaire de la garantie extra-légale 24h/24 au titre d'**accident de la vie privée**.

Les indemnités relatives aux articles 16 à 18 sont calculées conformément aux dispositions de **la Loi**. En cas d'invalidité permanente ou de décès, elles seront toutefois liquidées sous formes de capital.

TITRE IV – DISPOSITIONS COMMUNES

Section I - Prime – Avances – Déclaration des rémunérations – Défaut de paiement

Article 19 – CALCUL DE LA PRIME – DECLARATION DES REMUNERATIONS

- La prime est calculée à terme échu conformément à la tarification prévue aux conditions particulières; elle est perçue en fonction des rémunérations allouées aux **personnes assurées** durant la période d'assurance écoulée.

Il faut entendre par rémunération tout traitement, salaire ou indemnité tenant lieu de traitement, augmenté des allocations ou indemnités ne couvrant pas de charges réelles et dues en raison du statut légal ou réglementaire ou du contrat de louage de service.

- La rémunération doit être prise en considération à concurrence de son montant brut, c.à.d. avant déduction des retenues pour impôt, pour la caisse de pension ou pour la sécurité sociale.
- La limite fixée pour le calcul de la prime marque également la limite de la rémunération à prendre en considération pour le calcul des indemnités.
- Le **preneur d'assurance** déclare le montant des rémunérations des **personnes assurées** sur l'état des salaires qui lui est adressé à cette fin. Il s'engage à le renvoyer à **la Compagnie**, dûment complété, dans les quinze jours suivant la période à laquelle il se rapporte.

Article 20 – AVANCES

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 en fin d'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 sur le montant de la dernière prime définitive échue.

Article 21 – QUERABILITE

La prime est quérable au siège du **preneur d'assurance**. L'envoi d'un avis d'échéance équivaut à la présentation d'un relevé de prime à domicile.

A défaut d'être fait directement à **la Compagnie**, est libératoire le paiement de la prime fait au producteur d'assurance porteur du relevé de prime établi par **la Compagnie** ou qui intervient lors de la conclusion ou lors de l'exécution du contrat.

Article 22 – DECLARATION DES REMUNERATIONS

Le défaut de déclaration des rémunérations dans les 15 jours de l'envoi du rappel recommandé, permet l'établissement d'un décompte d'office de la prime calculée en majorant de 50 % les rémunérations qui ont servi de base au calcul de la prime précédente ou s'il s'agit du premier décompte, en majorant de 50 % les rémunérations déclarées à la conclusion du contrat.

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**.

Article 23 – DEFAUT DE PAIEMENT

- a) Le défaut de paiement de la prime ou de l'avance 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.
- b) 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.
- c) La suspension de la garantie ou la résiliation du contrat n'a d'effet qu'à l'expiration du délai de 15 jours cité au b) ci-dessus.

Si la garantie a été suspendue, le paiement par le **preneur d'assurance** des primes et avances 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 1^{er} 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 au b) ci-dessus.

- d) La suspension de la garantie ne porte pas atteinte au droit de **la Compagnie** de réclamer les primes et avances venant ultérieurement à échéance, à condition que le **preneur d'assurance** ait été mis en demeure conformément au b) ci-dessus.

Le droit de **la Compagnie** est toutefois limité aux primes et avances afférentes à deux années consécutives.

- e) L'envoi du rappel recommandé rend exigible des intérêts de retard courant de plein droit et sans mise en demeure à partir du 31^{ème} jour suivant la date de l'établissement du relevé de prime.

Les intérêts de retard sont calculés au taux des intérêts légaux.

Article 24 – IMPOTS – FRAIS

Tous frais, impôts et charges établis ou à établir du chef du présent contrat incombent au **preneur d'assurance**.

Section II - Risque assuré

Article 25 – OBLIGATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE

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.

L'assurance est donc limitée à l'égard du **preneur d'assurance** au risque décrit dans le contrat ou dans ses avenants, sur la base de ladite déclaration.

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.

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 15 jours.

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

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.

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

Section III - Modification du risque

Article 26 – 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 est tenue d'accorder 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 formulée par le **preneur d'assurance**, celui-ci peut résilier le contrat.

Article 27 – AGGRAVATION DU RISQUE

1. Le **preneur d'assurance** a l'obligation de déclarer en cours de contrat, dans les conditions de l'article 25, 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.

Le **preneur d'assurance** doit déclarer :

- les restructurations, les modifications relatives à la situation, les extensions données à l'institution publique, soit par la création de nouveaux sièges d'exploitation, soit par l'exercice d'activités nouvelles,
- les prestations que les **personnes assurées** seraient appelées à effectuer, dans l'institution publique même ou au dehors, lorsqu'elles comportent des risques d'ordre nucléaire, quelle que soit la forme de ces risques, y compris notamment l'usage de radio-isotopes.

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

Si **la Compagnie** 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.

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 de déclaration visée à l'article 27.1, **la Compagnie** est tenue d'effectuer la prestation convenue.

3. Si un sinistre survient et si le **preneur d'assurance** n'a pas rempli l'obligation visée à l'article 27.1 :
- **la Compagnie** est tenue d'effectuer la prestation convenue lorsque le défaut de déclaration ne peut être reproché au **preneur d'assurance**,
 - **la Compagnie** n'est tenue d'effectuer sa prestation que 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 en cas de sinistre est limitée au remboursement de la totalité des primes payées.
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.

Section IV - Sinistres

Article 28 – DECLARATION

Le **preneur d'assurance** s'oblige à :

- déclarer tout accident à **la Compagnie** par écrit, immédiatement et au plus tard dans les 10 jours de l'accident ou, s'il l'a ignoré, de la première information qu'il en aura reçue;
- communiquer dans le plus bref délai tous renseignements utiles à la gestion du sinistre et transmettre à **la Compagnie** tous actes judiciaires ou extrajudiciaires dans les 48 heures de leur signification; comparaître aux audiences et accomplir les actes de procédure demandés par **la Compagnie**. Celle-ci dirige toutes négociations avec les **personnes assurées** ou leurs ayants droit ainsi que le procès éventuel;
- s'abstenir de toute reconnaissance de responsabilité, de toute transaction, de tout paiement ou promesse de paiement lorsque la responsabilité d'un tiers peut être mise en cause. N'est pas considérée comme reconnaissance de responsabilité la simple reconnaissance de la matérialité des faits.

Article 29 – SOINS MEDICAUX

La Compagnie laisse à la personne assurée le libre choix du médecin et du pharmacien.

Article 30 – PREVENTION ET CONTROLE

Le **preneur d'assurance** est tenu d'admettre dans ses locaux les délégués de **la Compagnie** chargés d'examiner les causes et circonstances des sinistres et/ou de déterminer les mesures permettant de prévenir de nouveaux accidents.

Section V - Durée et résiliation du contrat

Article 31 – PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

La garantie prend effet aux jours et heures indiqués aux conditions particulières.

Article 32 – DUREE

Le contrat est conclu pour la durée fixée aux conditions particulières.

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 3 mois avant l'arrivée du terme du contrat, celui-ci est reconduit tacitement pour des périodes égales à la première, fraction d'année exclue.

Article 33 – CONTINUATION DU CONTRAT

En cas de restructuration de l'administration par voie de fusion ou régionalisation, d'éclatement des activités entre plusieurs organismes ou tout autre phénomène analogue, le **preneur d'assurance** s'oblige à faire continuer le contrat par ses successeurs. En cas de manquement à cette obligation, **la Compagnie** peut exiger du **preneur d'assurance**, outre les primes échues, une indemnité égale à la prime payée pour le dernier exercice. Néanmoins, **la Compagnie** peut refuser le successeur et résilier le contrat. Dans ce cas, seules les primes échues lui restent acquises.

Article 34 – RESILIATION

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

Sauf lorsqu'il en est disposé autrement dans le contrat, la résiliation n'a d'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.

2. 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.

3. Le **preneur d'assurance** peut résilier le contrat :

- 1) après la survenance d'un sinistre, au plus tard un mois après le paiement ou le refus de paiement de l'indemnité;
- 2) en cas de diminution du risque dans les conditions énoncées à l'article 26.
- 3) en cas de modification tarifaire ou des conditions d'assurances.
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.

4. **La Compagnie** peut résilier le contrat :

- 1) après la survenance d'un sinistre, 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 25;
- 3) en cas d'aggravation sensible et durable du risque de survenance de l'événement assuré dans les conditions prévues à l'article 27;
- 4) lorsque le **preneur d'assurance** reste en défaut de paiement de primes, avances, surprimes ou accessoires conformément à l'article 23 ou en défaut de déclaration des rémunérations dans les délais fixés dans le contrat d'assurance selon l'article 19;
- 5) en cas de modification apportée aux droits belge ou étrangers et pouvant affecter l'étendue de la garantie.

Section VI – DIVERS

1. L'assurance est régie par la loi belge.
2. Tout litige judiciaire portant sur l'exécution ou l'interprétation du présent contrat est de la compétence exclusive des tribunaux belges.
3. Tout problème relatif au contrat peut être soumis par le **preneur d'assurance** à la **Compagnie**. 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 au Fonds des Accidents du Travail, Rue du Trône 100 à 1050 Bruxelles pour ce qui concerne l'application des dispositions du contrat et relatives à la loi du 3 juillet 1967 et de ses arrêtés d'exécution, et cela sans préjudice de la possibilité de demander l'intervention de la justice.

ANNEXE

EXTRAITS DE LA LOI SUR LA PREVENTION OU LA REPARATION DES DOMMAGES RESULTANT DES ACCIDENTS DU TRAVAIL, DES ACCIDENTS SURVENUS SUR LE CHEMIN DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES DANS LE SECTEUR PUBLIC (LOI DU 3 JUILLET 1967)

Article 2

On entend par accident du travail, l'accident survenu dans le cours et par le fait de l'exercice des fonctions et qui produit une lésion.

L'accident survenu dans le cours de l'exercice des fonctions est présumé, jusqu'à preuve du contraire, survenu par le fait de l'exercice des fonctions.

Sont également considérés comme accidents du travail :

- 1° l'accident survenu sur le chemin du travail, qui réunit les conditions requises pour avoir ce caractère au sens de l'article 8 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail;
- 2° l'accident subi par le membre du personnel visé à l'article 1^{er}, en dehors de l'exercice de ses fonctions, mais qui lui est causé par un tiers du fait des fonctions exercées par ce membre du personnel.

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

Le membre du personnel visé à l'article 1^{er} est présumé se trouver au lieu de l'exercice des fonctions lorsqu'il :

- 1° est envoyé occasionnellement en mission à l'étranger dans le cadre de ses fonctions;
- 2° exerce, même en dehors du territoire belge, une activité de délégué syndical ou de représentant du personnel pour laquelle il a obtenu un congé ou une dispense de service;
- 3° participe aux travaux des organes de négociation ou de concertation, alors que :
 - a) il n'est pas tenu de travailler en vertu du régime de travail qui lui est imposé;
 - b) il a obtenu au préalable un congé de vacances;
 - c) il n'est pas tenu de travailler parce qu'il exerce ses fonctions par prestations réduites pour quelque motif que ce soit, à l'exception des prestations réduites pour maladie;
- 4° est expressément autorisé à participer à des activités de formation professionnelle, même s'il n'est pas tenu de travailler en vertu du régime de travail qui lui est imposé;
- 5° participe aux activités de formation syndicale pour lesquelles il a obtenu un congé ou une dispense de service;

6° participe, alors qu'il n'est pas tenu de travailler en vertu du régime de travail qui lui est imposé ou bénéficie d'un congé ou d'une dispense de service, à un concours, une sélection, un examen, une mesure de compétences ou toute autre épreuve, pour autant que cette participation soit prévue par les dispositions qui lui sont applicables.

On entend par maladies professionnelles celles qui sont reconnues comme telles en exécution des articles 30 et 30bis des lois relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci, coordonnées le 3 juin 1970.

Article 3

Selon les modalités fixées par l'article 1^{er} :

1° la victime d'un accident du travail, d'un accident survenu sur le chemin du travail ou d'une maladie professionnelle a droit :

- a) à une indemnité pour frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, hospitaliers, de prothèse et d'orthopédie;
- b) à une rente en cas d'incapacité de travail permanente;
- c) à une allocation d'aggravation de l'incapacité permanente de travail après le délai de révision;

2° les ayants droit d'une victime décédée ont droit :

- a) à une indemnité pour frais funéraires;
- b) à une rente de conjoint survivant, d'orphelin ou d'ayant droit à un autre titre;
- c) à une allocation de décès après le délai de révision;

3° la victime, le conjoint, les enfants et les parents ont droit à l'indemnisation des frais de déplacement et de nuitée résultant de l'accident ou de la maladie professionnelle;

4° le membre du personnel menacé ou atteint par une maladie professionnelle et qui, de ce fait, cesse temporairement d'exercer ses fonctions, a droit à une indemnité.

Les indemnités pour frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, hospitaliers, de prothèse et d'orthopédie, ainsi que les frais funéraires sont payés à ceux qui en ont pris la charge. Est considéré comme menacé par une maladie professionnelle, le membre du personnel chez qui l'on constate une prédisposition à la maladie professionnelle ou l'apparition des premiers symptômes de celle-ci.

Article 3bis

Sous réserve de l'application d'une disposition légale ou réglementaire plus favorable, les membres du personnel auxquels la présente loi a été rendue applicable (bénéficient pendant la période d'incapacité temporaire jusqu'à la date de reprise complète du travail), des dispositions prévues en cas d'incapacité temporaire totale par la législation sur les accidents du travail ou par la législation relative à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles.

Sous réserve de l'application d'une disposition légale ou réglementaire plus favorable, les membres du personnel auxquels la présente loi a été rendue applicable, bénéficient des dispositions prévues en cas d'incapacité temporaire totale par la législation relative à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles, lorsque menacés ou atteints par une maladie professionnelle, ils cessent temporairement d'exercer leurs fonctions et n'ont pu être affectés à d'autres tâches.

Pour la travailleuse enceinte, l'application des dispositions prévues en cas d'incapacité temporaire totale est limitée à la période s'écoulant entre le début de la grossesse et le début des six semaines préalables à la date présumée de l'accouchement ou des huit semaines préalables lorsqu'il s'agit d'une naissance multiple.

L'indemnité d'incapacité temporaire est payable aux mêmes époques que le traitement ou le salaire habituel.

Article 3ter

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.

Si la victime subit du fait du dommage visé à l'alinéa 1^{er} une incapacité temporaire de travail, elle a droit, pendant la période qui est nécessaire à la réparation ou au remplacement desdits appareils, aux indemnités allouées conformément à l'article 3bis.

Article 4

§1. La rente pour incapacité de travail permanente est établie sur la base de la rémunération annuelle à laquelle la victime a droit au moment de l'accident ou de la constatation de la maladie professionnelle. Elle est proportionnelle au pourcentage d'incapacité de travail reconnue à la victime.

Lorsque la rémunération annuelle dépasse 24.332,08 €, elle n'est prise en considération pour la fixation de la rente qu'à concurrence de cette somme. Le montant de ce plafond est celui en vigueur à la date de consolidation de l'incapacité de travail ou à la date à laquelle l'incapacité de travail présente un caractère de permanence.

A l'occasion d'une revalorisation générale des traitements dans le secteur public et dans la mesure de cette revalorisation, le Roi peut modifier ce montant.

§2. Si la situation de la victime exige absolument l'aide régulière d'une tierce personne, elle peut prétendre à une indemnité additionnelle fixée en fonction de la nécessité de cette aide, calculée sur base de la rétribution mensuelle garantie ou du revenu minimum mensuel moyen garanti, selon le régime pécuniaire applicable à la victime dans le service où elle est recrutée ou engagée. Le montant annuel de cette indemnité additionnelle ne peut dépasser le montant de la rémunération précitée, multipliée par 12.

En cas d'hospitalisation de la victime à charge de l'assureur dans un établissement hospitalier ou de repos et de soins, l'indemnité pour aide d'une tierce personne, visée à l'alinéa précédent est suspendue à partir du 91^{ème} jour d'hospitalisation ininterrompue.

Sans préjudice de l'article 19, le Roi établit les modalités de détermination de l'incapacité de travail.

- §3. Les rentes afférentes à des accidents survenus à partir du 1^{er} avril 1984 et fixées conformément au §1^{er}, sont réduites de 50 % pour les incapacités de travail inférieures à 5 % et de 25 % pour les incapacités de travail au moins égales à 5 % mais inférieures à 10 %.

Article 4bis

Lorsque la victime bénéficie d'une pension de retraite ou de survie qui n'est payée qu'à condition que les limites légales du travail autorisé ne soient pas dépassées, la rémunération de base est déterminée en fonction exclusive de la rémunération qui est due en raison de l'accomplissement du travail autorisé.

Article 5

Sans préjudice des dispositions des articles 6 et 7, la rente visée à l'article 3, alinéa 1^{er}, 1^o, b, et l'allocation d'aggravation de l'incapacité permanente de travail, visée à l'article 3, alinéa 1^{er}, 1^o, c, peuvent être cumulées avec la rémunération et avec la pension de retraite allouées en vertu des dispositions légales et réglementaires propres aux pouvoirs publics.

Article 6

- §1^{er} Aussi longtemps que la victime conserve l'exercice de fonctions, la rente visée à l'article 3, alinéa 1^{er}, 1^o, b, et l'allocation visée à l'article 3, 1^o, alinéa 1^{er}, 1^o, c, ne peuvent dépasser 25 % de la rémunération sur la base de laquelle la rente a été établie.
- §2. Lorsque la victime est reconnue inapte à l'exercice de ses fonctions mais qu'elle peut en exercer d'autres qui sont compatibles avec son état de santé, elle peut être réaffectée, selon les modalités et dans les limites fixées par son statut, à un emploi correspondant à de telles fonctions.
Lorsque la victime est réaffectée, elle conserve le bénéfice du régime pécuniaire dont elle jouissait lors de l'accident ou de la constatation de la maladie professionnelle.
- §3. Si l'incapacité de travail permanente reconnue à la victime s'aggrave au point qu'elle ne puisse plus exercer temporairement son nouvel emploi, elle a droit pendant cette période d'absence à l'indemnisation prévue à l'article 3bis.

Article 7

- §1^{er} Lorsque la victime cesse ses fonctions et obtient une pension de retraite visée à l'article 5, la rente visée à l'article 3, alinéa 1^{er}, 1^o, b, et l'allocation d'aggravation de l'incapacité permanente de travail visée à l'article 3, alinéa 1^{er}, 1^o, c, ne peuvent être cumulées avec la pension que jusqu'à concurrence de 100 % de la dernière rémunération, adaptée le cas échéant selon les règles applicables aux pensions de retraite et de survie.

Ce maximum peut être porté à plus de 100 %, sans pouvoir excéder 150 %, en ce qui concerne les victimes dont l'état nécessite absolument et normalement l'assistance d'une autre personne. Le cas échéant, la rente ou l'allocation d'aggravation sont réduites à due concurrence.

§2 Lorsque la victime cesse ses fonctions sans avoir droit à une pension de retraite visée à l'article 5, elle bénéficie de la totalité de la rente et de l'allocation d'aggravation.

Article 8

Lorsque l'accident ou la maladie professionnelle a causé le décès de la victime, une rente égale à 30 % de la rémunération indiquée à l'article 4 est accordée :

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

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

Article 9

§1 Lorsque l'accident ou la maladie professionnelle a causé le décès de la victime, les enfants orphelins de père ou de mère ont droit à une rente temporaire égale, pour chaque enfant, à 15 % de la rémunération indiquée à l'article 4, sans que l'ensemble ne puisse dépasser 45 % de ladite rémunération, s'ils sont :

1. enfants nés ou conçus avant le décès de la victime;
2. enfants du conjoint survivant, nés ou conçus avant le décès de la victime;
3. enfants non reconnus ayant obtenu une pension en application de l'article 336 du Code civil.

§2. Les enfants visés au § 1^{er}, orphelins de père et de mère, et les enfants (...) non reconnus par la mère décédée à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, reçoivent une rente égale à 20 % de la rémunération indiquée à l'article 4 pour chaque enfant, sans que l'ensemble puisse dépasser 60 % de ladite rémunération.

§3. La rente accordée en application du § 1^{er}, aux enfants du conjoint survivant est diminuée du montant de la rente accordée aux dits enfants en raison d'un autre accident mortel du travail ou d'une autre maladie professionnelle.
Le total de la rente ainsi diminuée et de l'autre rente ne peut toutefois être inférieur à la rente accordée aux enfants de la victime.

§4. Les enfants adoptés par une seule personne avant le décès reçoivent une rente qui, pour chaque enfant est égale à 20 % de la rémunération indiquée à l'article 4, de l'adoptant décédé, sans que l'ensemble puisse dépasser 60 % de ladite rémunération.

Les enfants adoptés par deux personnes reçoivent, pour chaque enfant, une rente égale à :

- a) 15 % de la rémunération indiquée à l'article 4 si l'un des adoptants survit à l'autre, sans que l'ensemble puisse dépasser 45 % de ladite rémunération;
- b) 20 % de la rémunération indiquée à l'article 4 si l'un des adoptants est prédécédé, sans que l'ensemble puisse dépasser 60 % de ladite rémunération.

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.

En cas de concours d'enfants adoptés avec des enfants visés au § 1^{er}, la rente accordée aux enfants adoptés ne peut être supérieure à celle accordée aux autres enfants.

Les dispositions du présent paragraphe sont également applicables dans les cas prévus à l'article 355 du Code civil.

§5. Si le nombre d'enfants est supérieur à 3, le taux de 15 % ou de 20 % est diminué, pour chaque enfant, en le multipliant par une fraction ayant pour numérateur le nombre 3 et pour dénominateur le nombre d'enfants.

Les taux maximums de 45 % et de 60 % restent applicables à tous les enfants aussi longtemps que leur nombre n'est pas inférieur à 3. S'il ne subsiste plus que 2 enfants, chacun d'eux a droit à une rente égale à 15 ou 20 %.

§6. Les enfants ont droit à la 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.

Article 10

Lorsque l'accident ou la maladie professionnelle a causé le décès de la victime, il peut être accordé à des ayants droit autres que ceux qui sont indiqués aux articles 8 et 9 une rente viagère ou temporaire aux conditions définies par la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

Article 10bis

En cas d'établissement de la filiation après le décès de la victime et si cette filiation a une influence sur les droits des autres bénéficiaires, celle-ci n'a d'effet pour l'application des articles 8 à 10 qu'à partir du jour où la décision coulée en force de chose jugée qui établit la filiation est notifiée à l'autorité qui prend les rentes à sa charge, conformément à l'article 16.

Si les droits d'autres ayants droit ont été établis par une décision de l'autorité ou une décision judiciaire, la modification de ces droits est constatée par une nouvelle décision de l'autorité ou une nouvelle décision judiciaire.

Article 11

Les rentes de conjoint survivant et d'orphelins et l'allocation de décès, accordées en vertu de la présente loi, peuvent être cumulées avec les pensions de veuve et d'orphelins allouées en vertu des dispositions légales et réglementaires propres aux pouvoirs publics.

Article 13

Les rentes visées à l'article 3, alinéa 1^{er}, les indemnités additionnelles visées à l'article 4, §2, les allocations d'aggravation et les allocations de décès sont augmentées ou diminuées conformément à la loi du 1^{er} mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public. Le Roi détermine comment elles sont rattachées à l'indice-pivot 138,01.

Toutefois, l'alinéa 1^{er} n'est pas applicable aux rentes lorsque l'incapacité de travail permanente n'atteint pas 16 %.

Article 14

§1. Indépendamment des droits découlant de la présente loi, une action en justice peut être intentée, conformément aux règles de la responsabilité civile, par la victime ou ses ayants droit :

- 1° contre les membres du personnel et les mandataires des personnes morales ou des établissements visés à l'article 1^{er} qui ont causé intentionnellement l'accident du travail ou la maladie professionnelle;
- 2° contre les personnes morales ou les établissements visés à l'article 1^{er}, dans la mesure où l'accident du travail ou la maladie professionnelle a causé des dommages aux biens de la victime;
- 3° contre les personnes, autres que les personnes morales ou les établissements visés à l'article 1^{er} ainsi que leurs mandataires et les membres de leur personnel, qui sont responsables de l'accident;
- 4° contre les personnes morales ou les établissements visés à l'article 1^{er} au personnel desquels la victime appartient ou contre leurs mandataires ou les autres membres de leur personnel, lorsque l'accident est survenu sur le chemin du travail;
- 5° contre les personnes morales ou les établissements visés à l'article 1^{er} qui, ayant méconnu gravement les obligations que leur imposent les dispositions légales et réglementaires relatives au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, ont exposé des membres du personnel au risque d'accident du travail ou de maladie professionnelle, alors que les fonctionnaires désignés pour surveiller l'application des dites dispositions en application de l'article 3 de la loi du 16 novembre 1972 concernant l'inspection du travail leur ont par écrit :
 - a) signalé le danger auquel ils exposent ces membres du personnel;
 - b) communiqué les infractions qui ont été constatées;

- c) prescrit des mesures adéquates;
- d) communiqué que s'ils négligent de prendre les mesures visées sous c), la victime ou ses ayants droit a, en cas d'accident ou de maladie professionnelle éventuels, la possibilité d'intenter une action civile en responsabilité. L'action en responsabilité civile ne peut pas être intentée contre la personne morale ou l'établissement qui prouve que l'accident ou la maladie professionnelle est également dû au non-respect, par le membre du personnel victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, des instructions de sécurité que la personne morale ou l'établissement lui a préalablement notifiées, alors que les moyens de sécurité nécessaires ont été mis à sa disposition;

6° contre les personnes morales ou les établissements visés à l'article 1^{er} et les membres de leur personnel lorsque l'accident est un accident de roulage. Par accident de roulage, on entend tout accident de la circulation routière impliquant un ou plusieurs véhicules, automoteurs ou non, et lié à la circulation sur la voie publique.

§2. Indépendamment des dispositions du §1^{er}, les personnes ou les établissements visés à l'article 1^{er} restent tenus du paiement des indemnités et rentes résultant de la présente loi. Toutefois, la réparation en droit commun ne peut être cumulée avec les indemnités résultant de la présente loi.

§3. L'application des dispositions de la présente loi implique, de plein droit, subrogation au profit des personnes morales ou des établissements susvisés qui supportent la charge de la rente dans tous les droits, actions et moyens généralement quelconques que la victime ou ses ayants droit seraient en droit de faire valoir conformément au §1^{er} contre la personne responsable de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle et ce, à concurrence du montant des rentes et des indemnités prévues par la présente loi et du montant égal au capital représentatif de ces rentes.

En outre, les personnes morales ou les établissements susvisés qui supportent la charge de la rémunération sont subrogés de plein droit dans tous les droits, actions et moyens généralement quelconques que la victime serait en droit de faire valoir conformément au §1^{er} contre la personne responsable de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle jusqu'à concurrence de la rémunération payée pendant la période d'incapacité temporaire.

En ce qui concerne les membres du personnel visés à l'article 1^{er}, 5°, 6° et 7°, la Communauté ou la Commission communautaire est subrogée de plein droit jusqu'à concurrence de la subvention-traitement ou du salaire qui est payé en faveur de la victime pendant la période d'incapacité temporaire.

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



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 ● N° BCE: TVA BE 0404 483 367 RPM Bruxelles

Vivre Confiant