



Police familiale

Conditions générales

version juillet 2018

SOMMAIRE

1 ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE	- 4 -
1.1 DEFINITIONS	- 4 -
1.2 DESCRIPTION DE L'ASSURANCE.....	- 4 -
1.3 PRECISIONS SUR CERTAINS RISQUES.....	- 4 -
1 DEPLACEMENTS ET MOYENS DE LOCOMOTION.....	- 4 -
2 BATEAUX ET JET-SKIS.....	- 5 -
3 APPAREILS DE NAVIGATION AERIENNE	- 5 -
4 BATIMENTS ET TERRAINS.....	- 5 -
5 FEU, INCENDIE, EXPLOSION ET FUMEE	- 5 -
6 RESIDENCES TEMPORAIRES ET RESIDENCES DE VACANCES	- 6 -
7 ANIMAUX	- 6 -
8 BIENS CONFIES	- 6 -
9 CHASSE.....	- 6 -
10 TROUBLES DE VOISINAGE	- 7 -
1.4 EXCLUSIONS.....	- 7 -
1.5 PERSONNES LESEES EXCLUES	- 7 -
1.6 MONTANTS ASSURES	- 7 -
1.7 FRAIS SUPPLEMENTAIRES ASSURES.....	- 7 -
1.8 GARANTIES COMPLEMENTAIRES	- 8 -
1 ASSISTANCE GRATUITE PAR DES TIERS EN CAS DE SAUVETAGE.....	- 8 -
2 ASSURANCE DES FRAIS DANS LE CADRE DE LA RECHERCHE D'ENFANTS DISPARUS	- 8 -
1.9 DROIT DE RECOURS	- 8 -
1.10 PENDANT COMBIEN DE TEMPS L'ASSURANCE S'APPLIQUE-T-ELLE ?	- 8 -
1.11 OU L'ASSURANCE S'APPLIQUE-T-ELLE ?.....	- 8 -
2 PROTECTION JURIDIQUE	- 9 -
2.1 DEFINITIONS	- 9 -
2.2 DESCRIPTION DE L'ASSURANCE.....	- 9 -
1 VOUS ENCOUREZ DES DOMMAGES	- 9 -
2 VOUS ETES VICTIME D'UN ACCIDENT DE LA ROUTE OU D'UN ACTE DE VIOLENCE INTENTIONNEL	- 9 -
3 VOUS ETES POURSUIVI POUR UN DELIT	- 9 -
4 VOUS CAUSEZ DES DOMMAGES.....	- 10 -
2.3 PRESTATIONS ASSUREES	- 10 -
2.4 GARANTIES COMPLEMENTAIRES	- 10 -
1 INDEMNITE EN CAS D'INSOLVABILITE	- 10 -
2 AVANCES.....	- 10 -
3 CAUTION PENALE	- 10 -
2.5 PRECISIONS SUR CERTAINS CAS PARTICULIERS	- 11 -
1 VEHICULES AUTOMOTEURS	- 11 -
2 BATIMENTS ET TERRAINS.....	- 11 -
3 CHEVAUX DE SELLE	- 11 -
2.6 EXTENSION A D'AUTRES BENEFICIAIRES.....	- 11 -
2.7 RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS.....	- 11 -
1 SUR LA BASE DE LA RELATION ENTRE LES PARTIES CONCERNEES	- 11 -
2 SUR LA BASE DE LA NATURE DU LITIGE.....	- 11 -
2.8 GARANTIE DANS LE TEMPS.....	- 12 -
2.9 ÉTENDUE TERRITORIALE.....	- 12 -
2.10 LIBRE CHOIX DE L'AVOCAT	- 12 -
2.11 ARBITRAGE.....	- 12 -
2.12 REGLE DE PRIORITE	- 13 -

3 ASSURANCE ACCIDENTS AIDES NON SALARIÉS	- 14 -
3.1 DEFINITIONS	- 14 -
3.2 CHAMP D'APPLICATION	- 14 -
3.3 DESCRIPTION DE L'ASSURANCE	- 14 -
3.4 INDEMNITES	- 14 -
3.5 FRAIS DE SOINS MEDICAUX ET FRAIS SIMILAIRES	- 14 -
3.6 EXCLUSIONS	- 15 -
3.7 DETERMINATION DES CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT	- 15 -
3.8 SUBROGATION ET RECOURS	- 15 -
3.9 INDEMNISATION OBLIGATOIRE POUR LES USAGERS FAIBLES DE LA ROUTE	- 15 -
4 ASSURANCE OBLIGATOIRE ACCIDENTS DU TRAVAIL PERSONNEL DOMESTIQUE	- 17 -
4.1 DEFINITIONS	- 17 -
4.2 DESCRIPTION DE L'ASSURANCE	- 17 -
4.3 SUBROGATION	- 17 -
4.4 RECOURS	- 17 -
4.5 MENTIONS OBLIGATOIRES ASSURANCE ACCIDENTS DU TRAVAIL	- 17 -
5 EXTRAIT DE LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL	- 18 -
5.1 CHAPITRE 1	- 18 -
5.2 CHAPITRE 2 – REPARATION	- 18 -
1 SECTION 1 – ACCIDENT DU TRAVAIL MORTEL.....	- 18 -
2 SECTION 2 – INCAPACITE DE TRAVAIL	- 20 -
3 SECTION 2BIS – ALLOCATIONS.....	- 23 -
4 SECTION 3 – SOINS MEDICAUX.....	- 23 -
5 SECTION 5 – PAIEMENT.....	- 24 -
5.3 CHAPITRE 3 – ASSURANCE	- 25 -
6 DISPOSITIONS RELATIVES AU RÈGLEMENT DES DOMMAGES	- 28 -
7 DISPOSITIONS RELATIVES À LA POLICE	- 29 -
7.1 DECLARATIONS	- 29 -
7.2 CONSEQUENCES D'UN RISQUE INCORRECTEMENT COMMUNIQUE OU MODIFIE	- 29 -
7.3 DEBUT ET DUREE DES ASSURANCES	- 29 -
7.4 FIN DES ASSURANCES	- 29 -
1 DECES.....	- 29 -
2 RESILIATION	- 29 -
3 FORME ET EFFET DE LA RESILIATION	- 30 -
7.5 PRIME ET PAIEMENT DE LA PRIME	- 30 -
1 PAIEMENT.....	- 30 -
2 AUGMENTATION DE TARIF.....	- 30 -
7.6 DELAI DE PRESCRIPTION	- 30 -
7.7 TERRORISME	- 30 -
7.8 DISPOSITIONS LEGALES	- 30 -
1 INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES ET PLAINTES.....	- 30 -
2 FRAUDE ET ECHANGE DE DONNEES AVEC GIE DATASSUR.....	- 31 -
3 LOI RELATIVE A LA PROTECTION DE LA VIE PRIVEE	- 31 -
4 CONFLITS D'INTERETS	- 31 -

I ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

La présente assurance est conforme à l'Arrêté royal du 12 janvier 1984 déterminant les conditions minimales de garantie en matière d'assurance de la responsabilité civile relative à la vie privée.

La présente assurance contient par ailleurs un certain nombre d'extensions de garantie en sus de cet Arrêté royal.

I.1 Définitions

Dans la présente assurance, il faut entendre par :

- **Vous :**
 - le preneur d'assurance, aussi longtemps qu'il a sa résidence principale en Belgique ;
 - le partenaire cohabitant et toute autre personne vivant à son foyer, même si ces personnes résident temporairement ailleurs pour des motifs professionnels, d'études, de santé ou autres ;
 - les enfants qui ne vivent pas au foyer, tant qu'ils n'ont pas de revenu professionnel ou de remplacement et qu'ils sont fiscalement à la charge du preneur d'assurance ou du partenaire cohabitant.
- **Nous :**

Fidea S.A., ayant son siège social en Belgique, Delacensierstraat 1, 2018 Antwerpen, TVA BE 0406.006.069, RPM Anvers
- **Vie privée :**

Tous les faits, actes ou négligences, à l'exclusion de ceux ou celles qui découlent de l'exercice d'une activité professionnelle.

I.2 Description de l'assurance

Nous assurons votre responsabilité civile extracontractuelle, conformément au droit belge ou étranger, pour les dommages survenus pendant la durée de l'assurance et causés dans votre vie privée ou pendant vos déplacements professionnels.

En plus de vous-même, les personnes suivantes peuvent également recourir à la présente assurance. Nous les considérons comme des assurés dans les situations décrites ci-après :

- le personnel domestique, les autres employés salariés et les aides familiales lorsqu'ils agissent à votre service privé;
- les personnes qui, en dehors de toute activité professionnelle, sont chargées gratuitement ou non de la garde :
 - d'enfants vivant à votre foyer ou dont vous avez la garde ;
 - d'animaux domestiques vous appartenant ou dont vous avez la garde, sont assurées chaque fois que leur responsabilité est engagée du fait de cette garde ;
- les mineurs de tiers si vous en avez la garde, en dehors de toute activité professionnelle;
- les personnes qui sont vos hôtes; elles sont assurées dans leur vie privée pendant la période où elles logent chez vous et si elles ne peuvent pas faire appel à une autre assurance.

I.3 Précisions sur certains risques

I Déplacements et moyens de locomotion

L'assurance s'applique à la responsabilité pouvant incomber aux assurés en tant que :

- piéton;
- passager de tout véhicule quelconque;
- conducteur d'un moyen de transport sans moteur (vélo, trottinette, patins à roulettes, rollers, etc.).

La responsabilité des assurés dans un accident impliquant un usager faible de la route conduit à ce qu'un assureur automobile, un fonds de garantie ou un autre organisme devant indemniser cet usager faible peut se retourner par la suite contre l'assuré responsable pour lui demander le remboursement de l'indemnité. Nous assurons ce recours, même si l'un d'entre vous est un usager faible de la route.

La responsabilité tombant sous l'application du contrat-type d'assurance obligatoire de la responsabilité civile en matière de véhicules automoteurs est exclue. Il en va de même pour la responsabilité de conducteur de véhicules sur rails.

Nous intervenons toutefois lorsque vos enfants ou une personne sous votre garde causent, à votre insu, des dommages en conduisant un véhicule automoteur ou sur rails avant d'avoir atteint l'âge légalement requis pour ce faire; dans ce cas, les dommages au

véhicule conduit sont assurés, à condition que le véhicule ait été utilisé à l'insu du détenteur et que personne d'entre vous n'en soit propriétaire ou détenteur.

L'assurance s'applique également aux dommages qu'un assuré cause avec les appareils motorisés suivants si aucune assurance obligatoire n'a été souscrite à cet effet :

- outils de jardinage utilisés sur une propriété privée ou à proximité immédiate de celle-ci;
- moyens de locomotion motorisés d'une vitesse maximale de 25 km/heure (p. ex., hoverboard, Segway, monowheel, trottinette électrique, chaise roulante électrique, etc.) à l'exception des cyclomoteurs de classe A;
- un vélo électrique équipé d'un mode de propulsion auxiliaire dans le but premier d'aider au pédalage et atteignant une vitesse maximale de 45 km par heure, qu'il soit équipé ou non d'une aide à la marche ou d'un bouton piéton.

2 Bateaux et jet-skis

L'assurance s'applique aux dommages causés par des voiliers dont le poids ne dépasse pas 300 kg ou des bateaux à moteur d'une puissance ne dépassant pas 10 CV.

Les dommages par d'autres bateaux sont exclus, sauf si :

- vous êtes rendu responsable des dommages en tant que passager;
- vous utilisez occasionnellement, comme conducteur autorisé, le bateau ou jet-ski non assuré d'un tiers; les dommages au bateau lui-même sont exclus.

3 Appareils de navigation aérienne

La responsabilité des dommages causés par des appareils de navigation aérienne est exclue, sauf si vous en êtes rendu responsable en tant que passager.

L'utilisation privée d'avions télécommandés (y compris les drones d'un poids maximal de 5 kg) est assurée pour autant que ces engins ne volent pas dans un rayon de 3 km autour d'un aéroport ou d'un aérodrome civil ou militaire et qu'ils ne survolent pas des complexes industriels, des prisons, des terminaux GNL, des centrales nucléaires ou un grand nombre de personnes ou d'animaux en plein air.

Sont exclus de l'assurance les dommages résultant :

- du non-respect de la réglementation en matière de vie privée;
- de la participation à des courses ou épreuves de vitesse, de régularité et d'adresse.

4 Bâtiments et terrains

L'assurance s'applique aux dommages causés par votre résidence principale, votre seconde résidence, la résidence de vacances et d'études, les jardins et terrains et par tous les autres biens immeubles qui vous appartiennent, que vous louez ou que vous occupez.

L'assurance couvre également les dommages causés par le bâtiment que vous construisez à titre d'habitation familiale.

L'assurance n'est cependant pas applicable aux biens immeubles qui vous apportent un loyer ou d'autres revenus ou qui sont affectés à une activité professionnelle.

Néanmoins, nous assurons les dommages causés :

- par la partie de la résidence principale que vous affectez à une profession libérale ou à un commerce sans dépôt de marchandises ;
- par des chambres ou appartements dans la résidence principale, ainsi que des garages que vous donnez en location, pour autant que leur nombre total ne dépasse pas trois chambres ou deux appartements et/ou trois garages ;
- par des terrains que vous donnez en location, pour autant que leur superficie totale ne dépasse pas 3 ha.

5 Feu, incendie, explosion et fumée

L'assurance ne s'applique pas aux dommages matériels causés par le feu, l'incendie, une explosion ou de la fumée consécutive à un feu ou un incendie prenant naissance dans ou communiqué par le bâtiment dont l'assuré est propriétaire, locataire ou occupant.

Cette exclusion ne s'applique pas aux hôtels et aux logements similaires avec service hôtelier ni aux autres résidences temporaires et résidences de vacances pour lesquels nous accordons la garantie ci-après.

6 Résidences temporaires et résidences de vacances

L'assurance couvre votre responsabilité pour les dommages causés à la chambre et au contenu d'un hôtel ou à un hébergement similaire avec service hôtelier si vous y séjournez temporairement pour des raisons privées ou professionnelles.

L'assurance s'applique également à votre responsabilité pour les dommages causés par le feu, l'incendie, l'explosion, la fumée, l'eau et les bris de vitrages à des bâtiments, tentes et caravanes résidentielles qui ne vous appartiennent pas et qui sont utilisés à l'occasion de vacances, de voyages privés ou professionnels et de fêtes de famille.

Si vous ne louez pas ou n'occupez pas cet hébergement pendant plus de 90 jours consécutifs, les dommages résultant d'autres causes sont également assurés à concurrence de 1250,00 euros au maximum par sinistre.

Les montants précités sont liés à l'indice des prix à la consommation et sont modifiés selon la proportion existant entre l'indice du mois précédant le mois durant lequel le sinistre est survenu et à l'indice 104,28 de janvier 2017 (base 2013 = 100).

Lorsque vous êtes admis dans un hôpital, nous assurons la responsabilité pour les dommages causés à la chambre d'hôpital et à son contenu, mais pas s'ils ont été causés par le feu, un incendie, une explosion ou de la fumée puisque la police incendie de l'hôpital intervient pour ces dommages.

7 Animaux

L'assurance s'applique aux dommages causés par les animaux domestiques, même si vous les utilisez pour la garde d'une partie professionnelle de votre résidence principale.

Nous indemnisons également les dommages causés par les chevaux de selle. Cette garantie est acquise pour un maximum de deux chevaux de selle sans attelage dont vous êtes propriétaire, sauf disposition contraire dans les conditions particulières.

L'assurance doit inclure tous les chevaux de selle dont vous êtes propriétaire. Si ce n'est pas le cas, nous ne prenons chaque sinistre assuré en charge qu'à concurrence du ratio entre la prime payée et la prime due pour l'ensemble des chevaux de selle.

Nous n'intervenons pas pour les dommages résultant de l'évasion de chevaux, si l'évasion est due à

une clôture ou à une barrière manifestement inadéquate ou mal entretenue.

8 Biens confiés

L'assurance couvre votre responsabilité pour les dommages causés aux biens empruntés appartenant à des tiers à concurrence de 1250,00 euros au maximum par sinistre. Vous empruntez ces biens pour votre propre usage et sans contrepartie.

Nous n'intervenons pas en cas de dommages causés :

- par la perte, la disparition et le vol de ces biens ;
- aux biens qui vous ont été confiés pour exécuter des travaux sur ceux-ci ;
- aux biens en dépôt ; nous entendons par là les biens qui ont été volontairement déposés par des tiers et que vous acceptez en dépôt ; les biens ne sont pas utilisés en vue d'exécuter des travaux sur ceux-ci ou avec ceux-ci, mais ils vous sont confiés pour que vous en assuriez la garde ;
- aux valeurs (argent, monnaies, titres, pierres précieuses et perles non montées, lingots de métaux précieux, timbres, actions, obligations et autres valeurs mobilières, et autres moyens de paiement de valeur monétaire « au porteur » tels que les chèques repas et les chèques cadeaux) ;
- aux objets d'art ;
- aux biens mis à disposition par votre employeur ou client ;
- aux animaux ;
- aux appareils de navigation aérienne, bateaux et jet-skis, véhicules motorisés, à l'exception de ce qui est prévu au point I.3.1 Déplacements et moyens de locomotion.

Les montants précités sont liés à l'indice des prix à la consommation et sont modifiés selon la proportion existant entre l'indice du mois précédant le mois durant lequel le sinistre est survenu et l'indice 104,28 de janvier 2017 (base 2013 = 100).

9 Chasse

L'assurance s'applique aux dommages causés pendant la chasse, à l'exception des dommages causés par des armes à feu. Cette dernière responsabilité tombe d'ailleurs sous l'application d'une assurance légalement obligatoire.

Nous intervenons toutefois lorsque vous détruisez du gibier nuisible, avec des armes à feu ou non, pour autant que cela se fasse conformément aux prescriptions applicables en matière de destruction de gibier nuisible. Dans ce cas, nous accordons la garantie légalement obligatoire.

10 Troubles de voisinage

L'assurance s'applique aux troubles de voisinage visés par l'article 544 du Code civil, à condition que les dommages soient la conséquence d'un événement soudain et inattendu pour l'assuré.

1.4 Exclusions

Sont exclus de l'assurance :

- la responsabilité soumise à une assurance légalement rendue obligatoire, sauf dans les cas où nous accordons expressément la garantie concernant les véhicules automoteurs et les véhicules sur rails (voir 1.3.1 Déplacements et moyens de locomotion) et concernant la chasse (voir 1.3.9 Chasse).
- la responsabilité sans faute qui est imposée par une législation spécifique après le 1^{er} janvier 1998, sauf si nous vous faisons savoir expressément que nous sommes disposés à assurer cette responsabilité ;
- les dommages causés par le gibier dont l'assuré est responsable en tant que propriétaire ou locataire d'une chasse ;
- la responsabilité civile personnelle d'un assuré :
 - qui a 16 ans accomplis, pour les sinistres causés intentionnellement ;
 - qui a 18 ans accomplis, pour les sinistres causés par l'un des cas suivants de faute lourde :
 - sinistres causés en état d'ivresse ou dans un état analogue résultant de la consommation de produits autres que des boissons alcoolisées ;
 - sinistres causés par des bâtiments en ruine, si les mesures élémentaires de précaution et de sécurité n'ont pas été prises en vue d'éviter des dommages ;
 - sinistres causés à l'occasion d'actes de violence commis sur des personnes ou à la suite de l'endommagement ou du détournement malveillants de biens ;

- les dommages résultant directement ou indirectement d'une modification du noyau atomique, de la radioactivité et de la production de radiations ionisantes.

1.5 Personnes lésées exclues

Le preneur d'assurance, le partenaire cohabitant et les autres personnes vivant à son foyer ne peuvent pas obtenir d'indemnité du fait de la présente assurance.

Nous n'invoquons pas cette disposition si un assureur ou un organisme qui vous a indemnisé comme usager faible de la route réclame le remboursement à un autre assuré (voir 1.3.1 Déplacements et moyens de locomotion).

1.6 Montants assurés

La garantie maximale par sinistre s'élève à 25 705 023,36 euros pour les dommages découlant de lésions corporelles et à 7 140 284,27 euros pour les dommages matériels.

Par sinistre, nous appliquons une franchise de 252,22 euros ; cette franchise ne peut pas être rachetée ni assurée.

Aucune franchise n'est appliquée aux dommages découlant de lésions corporelles.

Les montants précités sont liés à l'indice des prix à la consommation et sont modifiés selon la proportion existant entre l'indice du mois précédant le mois durant lequel le sinistre est survenu et l'indice 104,28 de janvier 2017 (base 2013 = 100).

1.7 Frais supplémentaires assurés

Nous payons également les frais de sauvetage légalement prescrits pour autant qu'ils se rapportent à des sinistres couverts par la présente assurance ; ces frais sont pris en charge même au-delà des montants assurés, mais dans les limites auxquelles leur paiement peut être légalement limité.

Nous prendrons en charge les frais de sauvetage que vous avez exposés de votre propre initiative, à condition que ces frais :

- résultent de mesures urgentes et raisonnables en vue de limiter les conséquences d'un sinistre ou de le prévenir en cas de danger imminent et
- aient été exposés avec les soins d'un bon père de famille et dans notre intérêt.

Les frais en vue de prévenir un sinistre ne sont pas pris en charge s'il n'y a pas (plus) de danger imminent ou s'ils sont nécessités par le fait que vous avez négligé de prendre les mesures de prévention requises.

Nous prenons également en charge les intérêts et les frais de la défense civile, y compris les frais et honoraires des avocats et experts. Le paiement de ces intérêts, frais et honoraires est soumis aux mêmes limites que celles qui s'appliquent aux frais de sauvetage.

Au moment où vous souscrivez la présente police, la limite légale est fixée à 2 500 000,00 euros, plus 10 % de la partie du montant assuré total au-delà de 12 500 000,00 euros.

Ces montants sont liés à l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui de novembre 1992, soit 113,77 points (base 1988 = 100).

Enfin, nous prenons les frais de la défense pénale en charge, tant que les intérêts civils ne sont pas réglés ; mais l'assuré est libre en tout temps d'organiser lui-même sa défense pénale à ses propres frais.

1.8 Garanties complémentaires

1 Assistance gratuite par des tiers en cas de sauvetage

La présente assurance couvre également les dommages corporels ou les dommages matériels encourus par des tiers qui tentent de vous sauver ou de sauver vos biens gratuitement et hors profession. Vous n'avez pas à en assumer la responsabilité, mais pour le reste, la couverture reste dans les limites de l'assurance de responsabilité. Cette assurance s'applique dans la mesure où les personnes lésées ne peuvent pas obtenir de compensation à charge d'un autre organisme ou assurance.

Cette garantie est accordée jusqu'à concurrence de 50 000 euros par sinistre. Aucune franchise n'est appliquée.

2 Assurance des frais dans le cadre de la recherche d'enfants disparus

Si la disparition d'un mineur d'âge habitant chez vous est déclarée aux services de police, nous payons :

- les frais et honoraires d'un avocat librement choisi pour l'assistance juridique au cours de l'instruction ;
- les frais et honoraires d'un médecin ou thérapeute en vue de l'accompagnement médico-

psychologique pour vous-même et l'enfant disparu lorsqu'il est retrouvé ;

- les autres frais consentis par le(s) parent(s) dans le cadre des recherches.

L'assurance ne s'applique pas lorsqu'un membre de la famille est impliqué dans la disparition.

Les frais assurés sont remboursés dans les trente jours qui suivent la présentation des notes d'honoraires et des factures.

Le paiement a toujours lieu après épuisement de l'éventuelle intervention de la mutuelle, des autorités ou d'un autre organisme. Les frais assurés sont remboursés jusqu'à un montant de 12 500,00 euros, avec une franchise de 150 euros.

1.9 Droit de recours

Nous n'exerçons aucun recours à l'égard d'un assuré mineur.

1.10 Pendant combien de temps l'assurance s'applique-t-elle ?

Si, pour quelque motif que ce soit, vous perdez la qualité d'assuré, nous continuons à accorder la garantie jusqu'à la prochaine échéance de cette assurance, et ceci pour une période d'au moins six mois. De même, nous continuons à accorder la garantie lorsque cette assurance prend fin parce que le preneur d'assurance déménage à l'étranger. Dans ce cas, la garantie reste valable soixante jours à compter du déménagement.

La présente assurance prend fin en tout cas dès qu'une autre assurance est souscrite.

1.11 Où l'assurance s'applique-t-elle ?

L'assurance s'applique dans le monde entier.

2 PROTECTION JURIDIQUE

2.1 Définitions

Dans la présente assurance, il faut entendre par :

- **Vous :**
 - le preneur d'assurance, aussi longtemps qu'il a sa résidence principale en Belgique ;
 - le partenaire cohabitant et toute autre personne vivant à son foyer, même si ces personnes résident temporairement ailleurs pour des motifs professionnels, d'études, de santé ou autres ;
 - les enfants qui ne vivent pas au foyer, tant qu'ils n'ont pas de revenu professionnel ou de remplacement et sont entretenus par le preneur d'assurance ou le partenaire cohabitant.

- **Nous :**

Le département en protection juridique spécialisé de Fidea S.A., ayant son siège social en Belgique, Delacensierstraat 1, 2018 Antwerpen, TVA BE 0406.006.069, RPM Anvers

2.2 Description de l'assurance

Vous pouvez faire appel à notre protection juridique lorsque vous êtes confronté personnellement, dans votre vie privée ou lors de vos déplacements professionnels, à l'une des situations suivantes :

I Vous encourez des dommages

Lorsqu'une personne vous a causé des dommages, nous accordons la protection juridique en vue de récupérer ces dommages sur la base des règles légales en matière de responsabilité civile.

Nous n'intervenons pas seulement contre un tiers, mais également contre la personne avec qui vous avez une relation contractuelle, par exemple un vendeur et un réparateur. Nous intervenons même lorsqu'un médecin ou un praticien paramédical commet une erreur médicale. Nous vous aidons également à obtenir une indemnisation du Fonds des accidents médicaux.

En pareil cas, nous n'intervenons pas dans le litige concernant le contrat proprement dit (comme, par exemple, des discussions sur le produit acheté, le travail exécuté ou les honoraires portés en compte), mais récupérerons les dommages causés par le man-

quement contractuel et qui se situent « en dehors du cadre contractuel ».

Il s'agit ici des dommages corporels ou des dommages que vous avez encourus à d'autres biens que ceux auxquels le contrat se rapporte.

2 Vous êtes victime d'un accident de la route ou d'un acte de violence intentionnel

Nous n'assumons pas seulement le recouvrement contre la personne qui peut être rendue responsable, nous vous aidons aussi à obtenir une indemnité de la part :

- de l'assureur ou de l'organisme tenu de vous indemniser en tant qu'usager faible de la route, en vertu de la loi en matière d'assurance automobile obligatoire ; les personnes utilisant un fauteuil roulant électrique sont considérées comme des usagers faibles de la route ;
- du Fonds d'aide aux victimes d'actes de violence intentionnels.

3 Vous êtes poursuivi pour un délit

Nous prenons votre défense devant les juridictions d'instruction et répressive si vous faites l'objet de poursuites à la suite d'un sinistre auquel l'assurance de responsabilité de la présente police est applicable ou, plus généralement, si vous êtes poursuivi pour un délit involontaire, même si ce délit constitue une faute lourde de votre part.

Si vous êtes poursuivi pour un délit volontaire, nous ne vous accordons pas la protection juridique, sauf si la décision judiciaire définitive ne retient pas le fait intentionnel. Dans ce cas, nous vous remboursons les frais et honoraires assurés dans cette protection juridique ; la présente extension ne s'applique toutefois pas aux crimes et crimes correctionnalisés.

Si vous n'avez pas encore 16 ans et que vous avez commis, intentionnellement ou non, un fait qualifié de délit, nous prenons en charge votre défense devant le juge de la jeunesse.

Nous intervenons également dans le cadre de l'appel que vous introduisez auprès d'un juge contre la décision définitive d'imposer une sanction administrative communale pour des infractions involontaires également passibles de sanctions pénales.

4 Vous causez des dommages

Si nous prenons votre défense pénale en charge, nous prenons également votre défense contre la constitution de parties civiles si, dans l'assurance de responsabilité de la présente police, une réserve est émise quant au paiement du sinistre, en raison d'une faute lourde ou d'un autre manquement pouvant être mis à votre charge.

Il en va de même, en dehors de toute procédure pénale, si vous avez le droit légal de choisir immédiatement un avocat en raison de l'existence d'un conflit d'intérêts dans l'assurance de responsabilité de la présente police.

2.3 Prestations assurées

Dans la mesure du possible, nous nous efforçons d'obtenir un règlement à l'amiable.

Nous vous informons de vos droits et de la manière dont vous pouvez les faire valoir. Nous vous aidons à rassembler toutes les données (preuves, certificats, déclarations de témoins) et commissionnons les examens nécessaires en vue de défendre au mieux vos intérêts. Nous vous assistons dans la procédure devant le tribunal. Les frais et honoraires que nous prenons en charge dans la présente assurance se rapportent :

- aux frais que nous exposons nous-mêmes en vue de rechercher un règlement à l'amiable et de défendre vos intérêts ;
- aux frais et honoraires qui sont dus aux avocats, huissiers de justice et experts ;
- aux frais de la procédure judiciaire ou extrajudiciaire ;
- aux frais de voyage et de séjour nécessaires lorsque votre présence est requise à l'étranger dans le cadre de la procédure judiciaire ;
- aux frais d'une procédure d'exécution par titre exécutoire ;
- aux frais de l'introduction éventuelle d'un recours en grâce ou d'une demande de réhabilitation si vous avez fait l'objet d'une condamnation pénale.

Les frais précités sont assurés jusqu'à 40 000,00 euros au maximum. Nous ne tenons pas compte de nos propres frais de gestion pour la fixation de ce montant.

Les montants assurés s'appliquent par sinistre et pour l'ensemble des bénéficiaires.

Nous ne payons ni les amendes, ni les sanctions, ni les transactions.

Les frais recouverts et les frais de justice qui vous sont accordés nous reviennent.

2.4 Garanties complémentaires

1 Indemnité en cas d'insolvabilité

Si, après examen par un huissier de justice ou par voie juridique, il apparaît qu'un tiers responsable identifié est insolvable, nous payons nous-mêmes les dommages corporels ou matériels que vous avez subis et pour lesquels ce tiers est civilement responsable en vertu d'une décision de justice définitive. Cette indemnité est due dans la mesure où aucun autre organisme ne peut prendre les dommages en charge.

L'indemnité s'élève à 12 500,00 euros au maximum par sinistre pour l'ensemble des bénéficiaires. Pour les dommages résultant de lésions corporelles, nous prévoyons un montant supplémentaire de 12 500,00 euros.

2 Avances

Si vous pouvez faire appel à notre protection juridique parce que vous avez encouru des dommages, nous payons une avance dès que la responsabilité totale et inopposable d'un tiers identifié est établie pour ce dommage, ainsi que l'étendue de l'indemnisation.

Nous sommes disposés à payer cette avance à condition que vous soyez d'accord de nous céder l'action en paiement ou de nous rembourser les indemnités dès que vous les recevez.

Si nous ne pouvons pas réclamer les indemnités ou si l'avance a été indûment payée, vous nous rembourseriez l'avance.

Cette avance s'élève à 12 500,00 euros au maximum par sinistre pour l'ensemble des bénéficiaires. Pour les dommages résultant de lésions corporelles, nous prévoyons un montant supplémentaire de 12 500,00 euros.

3 Caution pénale

Nous accordons notre caution personnelle ou avançons le montant des frais si vous êtes arrêté à l'étranger en raison d'un sinistre couvert par l'assurance de responsabilité de la présente police et

si votre libération dépend du paiement d'une caution.

Cette garantie s'élève à 40 000 euros au maximum par sinistre pour l'ensemble des bénéficiaires.

2.5 Précisions sur certains cas particuliers

I Véhicules automoteurs

Nous ne devons pas accorder la protection juridique pour les litiges auxquels vous êtes confronté en tant que propriétaire, détenteur ou conducteur d'un véhicule automoteur. Nous ne considérons pas les appareils motorisés suivants comme des véhicules automoteurs :

- outils de jardinage utilisés sur une propriété privée ou à proximité immédiate de celle-ci;
- engins de déplacement motorisés d'une vitesse maximale de 25 km/heure (p. ex., hoverboard, Segway, monowheel, trottinette électrique, chaise roulante électrique, etc.) à l'exception des cyclomoteurs de classe A.

Nous accordons toutefois la protection juridique lorsqu'un assuré mineur d'âge, à l'insu de ses parents ou des personnes qui l'ont sous leur garde, conduit un véhicule automoteur avant d'avoir atteint l'âge légalement requis pour ce faire.

2 Bâtiments et terrains

Nous accordons la protection juridique pour tous les biens immeubles que vous occupez dans votre vie privée, comme votre résidence principale, votre seconde résidence, la résidence de vacances et d'études, les jardins et terrains.

L'assurance n'est cependant pas applicable aux biens immeubles qui vous apportent un loyer ou d'autres revenus ou qui sont affectés à une activité professionnelle.

Néanmoins, nous assurons la protection juridique pour :

- la partie de la résidence principale que vous affectez à une profession libérale ou à un commerce sans dépôt de marchandises ;
- des chambres ou appartements dans la résidence principale ou pour des garages que vous donnez en location, si leur nombre total ne dépasse pas trois chambres ou deux appartements et/ou trois garages ;

- des terrains que vous donnez en location, pour autant que leur superficie totale ne dépasse pas 3 ha.

3 Chevaux de selle

Nous accordons la protection juridique pour les litiges se rapportant aux chevaux de selle. Cette garantie est acquise pour un maximum de deux chevaux de selle sans attelage dont vous êtes propriétaire, sauf disposition contraire dans les conditions particulières.

Aucune protection juridique n'est due si le nombre de chevaux dont vous êtes propriétaire est plus élevé que celui couvert par l'assurance de responsabilité de cette police et/ou si vous êtes propriétaire de chevaux attelés sans que cela ne soit repris dans les conditions particulières de l'assurance de responsabilité de cette police.

2.6 Extension à d'autres bénéficiaires

Vos parents et alliés peuvent également faire appel à la présente assurance en vue de récupérer auprès du tiers responsable les dommages qu'ils encourrent du fait de votre décès ou de vos lésions corporelles.

Dans ce cas, les conditions d'assurance qui s'appliquent à vous leur sont également applicables.

2.7 Restrictions et exclusions

I Sur la base de la relation entre les parties concernées

Nous n'accordons pas la protection juridique pour les litiges entre vous.

Cette restriction ne s'applique pas au recouvrement de dommages qui peuvent effectivement être reportés sur une assurance de responsabilité autre que celle de la présente police.

2 Sur la base de la nature du litige

Nous ne devons pas accorder la protection juridique pour les litiges se rapportant :

- aux véhicules sur rails, voiliers de plus de 300 kg et bateaux à moteur de plus de 10 CV dont vous êtes propriétaire, locataire ou utilisateur ; mais vous pouvez faire appel à la protection ju-

ridique en tant que passager de ces véhicules ou bateaux. Pour les bateaux ou jet-skis de tiers qui ne sont pas assurés, nous vous accordons la garantie en tant que conducteur autorisé ;

- aux appareils de navigation aérienne dont vous êtes propriétaire, locataire ou utilisateur ; mais vous pouvez faire appel à la protection juridique en tant que passager de ces appareils de navigation aérienne et également pour les dommages causés par des avions télécommandés (y compris les drones d'un poids maximal de 5 kg) ;
- au recouvrement de pertes financières ne résultant pas de lésions corporelles ou de l'endommagement d'un bien pour lesquels nous prenons le recouvrement en charge ;
- à l'utilisation d'armes à feu pendant la chasse si vous avez la qualité de chasseur, d'organisateur d'une partie de chasse, de garde-chasse, d'organisateur de battues, de traqueur ;
- au droit réel, tel que le droit de propriété, et à la mitoyenneté ;
- à la législation sur les accidents du travail ;
- aux mesures de défense sociale ;
- à votre participation active à des agressions, des bagarres et des querelles ;
- aux grèves et lock-outs dans lesquels vous êtes impliqué activement, aux émeutes, à la guerre (civile) ou à des faits de même nature ;
- aux réactions nucléaires, à la radioactivité et aux radiations ionisantes, sauf si vous y avez été exposé par suite d'un traitement médical.

2.8 Garantie dans le temps

La présente protection juridique s'applique aux litiges ayant pris naissance pendant la durée de l'assurance.

Nous n'accordons pas la protection juridique pour le litige dont nous démontrons qu'au début de l'assurance, vous saviez ou deviez raisonnablement savoir qu'il surviendrait.

Aussi faut-il que le sinistre ou délit donnant lieu à notre intervention se soit également produit pendant la durée de validité de l'assurance.

2.9 Étendue territoriale

Vous pouvez faire appel à la protection juridique dans le monde entier.

2.10 Libre choix de l'avocat

Vous disposez du libre choix d'un avocat ou de toute autre personne ayant les qualifications requises par la loi applicable pour défendre, représenter ou servir vos intérêts :

- chaque fois qu'il faut recourir à une procédure judiciaire ou administrative ;
- chaque fois que surgit un conflit d'intérêts avec nous ; nous vous avertirons dès qu'un tel conflit se présente.

Vous êtes entièrement libre dans vos contacts avec ces personnes, mais vous devez nous tenir au courant de l'évolution du litige.

Si vous souhaitez retirer le traitement du dossier à l'avocat désigné et le confier à un autre avocat, nous payons les frais et honoraires du nouvel avocat si vous nous avez prouvé au préalable qu'il existe des motifs fondés pour ce changement.

2.11 Arbitrage

Si vous n'êtes pas d'accord avec nous quant à la ligne de conduite à adopter pour régler le litige assuré, vous avez le droit de consulter un avocat de votre choix, après que nous vous avons fait connaître notre point de vue ou notre refus de suivre votre point de vue. Cette consultation ne préjudicie en rien à votre droit d'intenter une procédure judiciaire.

Si l'avocat consulté confirme votre thèse, nous accordons la garantie et remboursons les frais et honoraires de la consultation.

Si l'avocat confirme notre point de vue, nous remboursons la moitié des frais et honoraires de la consultation.

Si, contre l'avis de cet avocat, vous intentez quand même une procédure à vos frais et que vous obtenez un meilleur résultat que celui que nous avions prévu, nous accordons à nouveau la garantie et nous remboursons tous les frais et honoraires assurés, y compris les frais et honoraires de la consultation.

2.12 Règle de priorité

Si les montants assurés ne suffisent pas à rembourser les frais et honoraires ou si les montants assurés des garanties complémentaires sont insuffisants, vous avez la priorité sur d'autres éventuels bénéficiaires.

3 ASSURANCE ACCIDENTS AIDES NON SALARIÉS

3.1 Définitions

Dans la présente assurance, il faut entendre par :

- **Vous :**

Le preneur d'assurance qui souscrit l'assurance au profit des aides non-salariés

- **Nous :**

Fidea S.A., ayant son siège social en Belgique, Delacensierstraat 1, 2018 Antwerpen, TVA BE 0406.006.069, RPM Anvers

3.2 Champ d'application

a La présente assurance est applicable lorsque vous faites appel chez vous, pour le nombre maximal de jours mentionné dans les conditions particulières, à des aides non-salariés pour aider dans le ménage. Nous entendons par là non seulement l'aide de « nature purement manuelle » comme lessiver, repasser, nettoyer, jardiner et d'autres travaux, mais également des tâches de soins comme le baby-sitting et les soins infirmiers.

Pour la détermination du nombre maximal de jours, nous tenons compte d'un jour entier par aide et par jour entamé.

b Ne sont pas considérés comme des aides non-salariés :

- les personnes qui, au moment de l'accident, agissent comme hommes de métier indépendants ;
- les membres de la famille, c.-à-d. les personnes habitant chez vous et les enfants habitant ailleurs, tant qu'ils n'ont pas de revenu professionnel ou de remplacement et qu'ils sont entretenus par vous.

3.3 Description de l'assurance

a Lorsqu'à la suite des activités précisées ci-dessus, un aide non salarié est victime d'un accident, nous garantissons :

- une indemnité en cas de décès, d'incapacité permanente et/ou temporaire ;
- le remboursement des soins médicaux et des frais similaires.

b Par accident, nous entendons un événement soudain qui entraîne une lésion corporelle constatable objectivement ou la mort et dont une des causes au moins est étrangère à l'organisme de la victime. Nous admettons que les élongations ou déchirures tendineuses, musculaires ou ligamentaires sont la conséquence d'un accident si elles se manifestent soudainement pendant un effort. L'énumération de ces lésions n'est pas limitative quant à l'interprétation de la notion d'« accident ».

3.4 Indemnités

En cas de décès ou d'incapacité permanente ou temporaire de travail, nous payons les indemnités et frais qui sont prescrits par la loi belge sur les accidents du travail. Cependant, nous ne payons ni les indemnités pour les situations d'aggravation temporaires ni les suppléments.

Ces indemnités, y compris l'indemnité pour l'aide de tiers, sont calculées sur la base d'une rémunération annuelle fixe convenue de 7500 euros ; elles ne sont pas indexées.

En cas d'incapacité temporaire de travail, aucune indemnité n'est payée :

- pour le jour de l'accident ni pour la période suivante de trente jours d'incapacité de travail ;
- lorsque l'aide non salarié est mineur d'âge le jour de l'accident.

3.5 Frais de soins médicaux et frais similaires

Nous payons, après épuisement de l'intervention des organismes de sécurité sociale, les frais de soins médicaux et les frais similaires qui sont prescrits par la loi belge sur les accidents du travail jusqu'au jour de la guérison complète ou, en cas d'incapacité permanente de travail, jusque trois ans après la date de la convention par laquelle cette incapacité de travail a été fixée.

Les frais de prothèses et d'appareils orthopédiques dont l'utilisation est nécessaire par suite de l'accident sont remboursés conformément à la loi sur les accidents du travail.

Les frais précités sont remboursés après épuisement de l'intervention de la mutuelle ou d'un autre organisme.

3.6 Exclusions

Sont exclus :

- les aggravations des conséquences d'un accident par le fait d'une maladie ou d'une infirmité qui existait avant l'accident ;
- les accidents auxquels la loi sur les accidents du travail est applicable ;
- les accidents survenus sur le chemin pour se rendre à l'endroit où le travail non salarié est effectué et en revenir ; la notion de chemin est interprétée par analogie avec la notion de « chemin du travail » dans la loi sur les accidents du travail ;
- les accidents survenus à des personnes âgées de plus de 70 ans ;
- le suicide et les conséquences d'une tentative de suicide ;
- les accidents causés intentionnellement par la victime ou un ayant droit et les accidents résultant d'une faute lourde ; il s'agit ici :
 - des accidents imputables à l'ivresse ou à un état similaire résultant de la consommation de produits autres que des boissons alcoolisées ;
 - des accidents survenus pendant l'exposition volontaire à un danger exceptionnel et inutile ;
 - des accidents survenus au cours d'actes de violence commis sur des personnes ou pendant la détérioration ou le détournement malveillants de biens ;
Cette exclusion n'est pas appliquée à la victime ou à l'ayant droit qui n'est pas lui-même auteur ou complice.
- les accidents se rapportant à la guerre (civile) ou à des faits de même nature ; cette exclusion ne s'applique pas aux accidents survenus à l'étranger pendant les quinze jours qui suivent le début des hostilités, si la Belgique n'y est pas impliquée et si l'assuré est surpris par leur survenance ;
- les accidents imputables :
 - à des réactions nucléaires, à la radioactivité, à des radiations ionisantes, à l'exception des radiations nécessaires à la suite d'un accident assuré ;

- aux conséquences directes en Belgique de tremblements de terre et d'éruptions volcaniques.

3.7 Détermination des conséquences de l'accident

Pour la détermination des conséquences de l'accident, la victime a le droit de se faire assister, à ses propres frais, d'un médecin qu'elle choisit librement.

En cas de décès, nous pouvons requérir une autopsie ou demander au médecin de la personne défunte une déclaration concernant la cause du décès, dans la mesure où cela est nécessaire pour l'octroi de la garantie d'assurance.

En cas de divergence d'opinion entre le médecin des deux parties, ils désignent de commun accord un troisième médecin qui décide. Les frais et honoraires du troisième médecin sont supportés pour moitié par chacune des parties.

En lieu et place de cette procédure, les parties sont libres de laisser le tribunal compétent désigner le troisième médecin et/ou trancher le litige.

3.8 Subrogation et recours

Nous sommes subrogés dans les droits de la victime et dans ceux du bénéficiaire contre la personne responsable de l'accident, jusqu'à concurrence de nos dépenses.

Sauf en cas de malveillance, nous n'exerçons pas de recours contre l'assuré, contre le conjoint et les parents et alliés en ligne directe de la victime, ni contre les personnes habitant chez elle, ses hôtes et les membres de son personnel domestique.

Le recours est toutefois possible à l'égard des personnes précitées, si leur responsabilité est effectivement couverte par une assurance.

La victime, ses ayants droit ou les bénéficiaires renoncent, jusqu'à concurrence des indemnités reçues, au recours contre les autres assurés dans la division « responsabilité civile » et contre l'assureur.

3.9 Indemnisation obligatoire pour les usagers faibles de la route

La présente assurance ne s'applique pas aux indemnités et frais qui sont dus sur la base des règles d'indemnisation de certaines victimes de la route telles que piétons, cyclistes et passagers (art. 29 bis de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhi-

cules automoteurs). Mais nous sommes disposés à payer ces indemnités et frais à titre d'avance, si l'assuré est d'accord de nous céder la demande de paiement ou de nous rembourser les indemnités et frais dès qu'il en aura reçu le paiement.

4 ASSURANCE OBLIGATOIRE ACCIDENTS DU TRAVAIL PERSONNEL DOMESTIQUE

4.1 Définitions

Dans la présente assurance, il faut entendre par :

- **Vous :**

Le preneur d'assurance, qui souscrit cette assurance au profit du personnel domestique

- **Nous :**

Fidea S.A., ayant son siège social en Belgique, Delacensierstraat 1, 2018 Antwerpen, TVA BE 0406.006.069, RPM Anvers

4.2 Description de l'assurance

a En cas d'accident survenu aux assurés et dans la mesure où la loi belge sur les accidents du travail est applicable, nous garantissons le paiement des indemnités et frais prescrits par cette loi. Nous nous engageons à verser ces indemnités et frais à la victime ou à ses ayants droit, sans exception ni réserve et nonobstant toute clause de déchéance, et ce pour les accidents survenus avant l'expiration de la présente assurance.

b Les assurés sont les personnes que vous occupez pour prester un travail au profit du ménage des membres de la famille. Nous entendons par là non seulement le travail des gens de maison, mais également les prestations du jardinier ou de l'homme à tout faire, du chauffeur particulier, de la baby-sitter, de l'infirmière ou de tout autre personnel similaire. L'assurance reste applicable lorsque ces personnes effectuent accessoirement les mêmes prestations pour votre profession libérale ou votre activité commerciale.

c Les membres de la famille sont vous-même, les personnes habitant à votre foyer et les enfants ne vivant pas au foyer, tant qu'ils n'ont pas de revenu professionnel ou de remplacement et sont entretenus par vous.

4.3 Subrogation

En cas d'accident dont une autre personne peut être rendue responsable, nous exerçons le droit de subrogation qui nous est accordé par la loi sur les accidents du travail.

4.4 Recours

Si, en vertu de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, nous avons le droit de refuser ou de réduire nos prestations, nous disposons d'un droit de recours à l'égard du preneur d'assurance.

4.5 Mentions obligatoires assurance accidents du travail

En annexe à la présente assurance figurent les principaux articles de la loi sur les accidents du travail. Voici en outre un certain nombre de mentions légalement obligatoires concernant la fin et la résiliation de l'assurance :

a La résiliation de l'assurance accidents du travail se fait toujours au moyen d'une lettre recommandée.

b La résiliation après un accident du travail doit se faire au plus tard un mois après le premier paiement de l'indemnité journalière à la victime ou le refus de payer l'indemnité. La résiliation prend effet à l'échéance suivante, sans que le délai encore à courir puisse être inférieur à trois mois à partir de la notification de la résiliation.

c Si nous résilions l'assurance pour un motif autre qu'un accident du travail, la résiliation prend effet après un mois à compter du lendemain du jour où nous vous avons averti de la résiliation au moyen d'une lettre recommandée. Cette règle ne s'applique pas dans les cas prévus par l'art. 57 (police présignée et demande d'assurance) et par l'art. 71 (résiliation pour non-paiement de la prime) de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

d L'assurance obligatoire en matière d'accidents du travail prend fin de plein droit à partir du jour où nous ne sommes plus agréés pour pratiquer l'assurance des accidents du travail.

e Les dispositions de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances sont applicables en ce qui concerne les conditions, la manière et les délais dans lesquels il est mis fin par vous ou par nous au contrat d'assurance, dans la mesure où il n'y est pas dérogé par la loi sur les accidents du travail ou par les dispositions précitées.

5 EXTRAIT DE LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

5.1 chapitre 1

a article 6

§ 1^{er} La nullité du contrat de louage de travail ne peut être opposée à l'application de la présente loi.

§ 2 Toute convention contraire aux dispositions de la présente loi est nulle de plein droit.

§ 3 Lorsqu'il statue sur les droits de la victime et de ses ayants droit, le juge vérifie d'office si les dispositions de la présente loi ont été observées.

5.2 chapitre 2 – réparation

I Section 1 – accident du travail mortel

a article 10

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

b article 11

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

c article 12

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

- au conjoint non divorcé ni séparé de corps au moment de l'accident, ou à la personne qui cohabitait légalement avec la victime au moment de l'accident ;
- au conjoint ni divorcé, ni séparé de corps au moment du décès de la victime, ou à la personne qui cohabitait légalement avec la victime au moment du décès de celle-ci, à condition que :

- le mariage ou la cohabitation légale contractés après l'accident, l'ait été au moins un an avant le décès de la victime ou
- un enfant soit issu du mariage de la cohabitation légale ou
- au moment du décès, un enfant soit à charge pour lequel un des conjoints ou des cohabitants légaux bénéficiait des allocations familiales. Le survivant, divorcé ou séparé de corps, qui bénéficiait d'une pension alimentaire légale ou fixée par convention à charge de la victime ainsi que le survivant d'une cohabitation légale dissoute qui bénéficiait d'une pension alimentaire fixée par convention à charge de la victime, peut également prétendre à la rente viagère visée à l'alinéa 1^{er} sans que celle-ci puisse être supérieure à la pension alimentaire.

d article 13

§ 1^{er} Les enfants de la victime, orphelins de père ou de mère, reçoivent chacun une rente égale à 15 % de la rémunération de base, sans que l'ensemble ne puisse dépasser 45 % de ladite rémunération.

§ 2 Les enfants du conjoint ou du cohabitant légal de la victime, orphelins de père ou de mère, reçoivent chacun une rente égale à 15 % de la rémunération de base, sans que l'ensemble ne puisse dépasser 45 % de ladite rémunération, s'ils sont nés ou conçus au moment du décès de la victime.

§ 3 Les enfants visés au § 1^{er} et au § 2, orphelins de père et de mère, reçoivent chacun une rente égale à 20 % de la rémunération de base, sans que l'ensemble ne puisse dépasser 60 % de ladite rémunération.

§ 4 Les enfants dont la filiation n'est établie qu'à l'égard d'un seul de leurs parents sont assimilés à des orphelins pour l'application du présent article.

§ 5 (abrogé)

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

e article 14

§ 1^{er} Les enfants adoptés par une seule personne reçoivent une rente qui, pour chaque enfant, est égale à 20 % de la rémunération de base de l'adoptant décédé, sans que l'ensemble puisse dépasser 60 % de ladite rémunération.

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

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

§ 3 Les adoptés qui, conformément aux dispositions de l'article 353-15 du Code civil, peuvent faire valoir leurs droits dans leur famille d'origine et dans leur famille adoptive, ne peuvent pas cumuler les droits auxquels ils pourraient prétendre dans chacune de ces familles. Ils peuvent toutefois opter entre la rente à laquelle ils ont droit dans leur famille d'origine et celle à laquelle ils ont droit dans leur famille adoptive. Les adoptés peuvent toujours revenir sur leur choix si un nouvel accident mortel survient dans leur famille d'origine ou adoptive.

§ 4 En cas de concours des intérêts des enfants adoptés et de ceux des autres enfants, la rente accordée aux enfants adoptés ne peut être supérieure à celle accordée aux autres enfants.

§ 5 Les dispositions du présent article s'appliquent uniquement à l'adoption simple.

f article 15

§ 1^{er} Le père et la mère de la victime qui, au moment du décès, ne laisse ni conjoint, ni cohabitant légal, ni enfants bénéficiaires reçoivent chacun une rente viagère égale à 20 % de la rémunération de base. Si la victime laisse, au moment du décès, un conjoint ou un cohabitant légal sans enfants bénéficiaires, la rente pour chacun des ayants droit visés à l'alinéa précédent est égale à 15 % de la rémunération de base. Les adoptants ont les mêmes droits que les parents de la victime.

§ 2 En cas de prédécès du père ou de la mère de la victime, chaque ascendant du prédécédé reçoit une rente égale à :

- a 15 % de la rémunération de base s'il n'y a ni conjoint, ni cohabitant légal, ni enfants bénéficiaires ;

- b 10 % de la rémunération de base s'il y a un conjoint ou un cohabitant légal, sans enfants bénéficiaires.

g article 16

Les petits-enfants de la victime qui ne laisse pas d'enfants bénéficiaires reçoivent, si leur père ou leur mère est décédé(e), une rente égale à 15 % de la rémunération de base sans que l'ensemble puisse dépasser 45 % de ladite rémunération. Si leur père ou leur mère sont décédés, ils reçoivent une rente égale à 20 % de la rémunération de base pour chacun d'eux, sans que l'ensemble puisse dépasser 60 % de ladite rémunération. Toutefois, s'il existe des enfants bénéficiaires, les petits-enfants orphelins de père ou de mère ont, par souche, des droits égaux à ceux des enfants : la rente accordée à chaque souche de petits-enfants est fixée à 15 % et partagée par tête. Si les petits-enfants visés à l'alinéa précédent sont orphelins de père et de mère, la rente par souche est portée à 20 %. La rente octroyée aux petits-enfants est diminuée du montant de la rente octroyée aux petits-enfants précités en raison d'un autre accident du travail.

Sont assimilés aux petits-enfants, pour autant qu'ils n'aient pas encore droit à une rente suite au même accident mortel du travail, les enfants pour lesquels des allocations familiales sont accordées du chef des prestations de la victime ou du conjoint ou du cohabitant légal, même si leurs père et mère sont encore en vie. Si la victime ne laisse pas d'enfants bénéficiaires, chacun d'eux reçoit une rente égale à 15 % de la rémunération de base, sans que l'ensemble ne puisse dépasser 45 % de ladite rémunération. Si la victime laisse des enfants ou petits-enfants bénéficiaires, les enfants assimilés aux petits-enfants sont réputés former une souche. La rente accordée à cette souche est fixée à 15 % et est partagée par tête.

h article 17

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

i article 17bis

En cas d'établissement de la filiation ou d'octroi de l'adoption après le décès de la victime et si cette filiation ou adoption a une influence sur les droits des autres ayants droit, celle-ci n'a d'effet pour l'application de la présente section qu'à partir du jour où la décision définitive qui établit la filiation ou

accorde l'adoption est notifiée à l'entreprise d'assurances.

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

j article 18

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

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

Pour l'application du présent article, chaque souche est considérée comme une unité dans le cas visé à l'article 16, alinéas 3, 4 et 6.

k article 19

Les enfants, petits-enfants, frères et sœurs reçoivent une rente tant qu'ils ont droit à des allocations familiales et en tout cas jusqu'à l'âge de 18 ans. La rente est due jusqu'à la fin du mois au cours duquel le droit s'éteint.

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

l article 20

Les ascendants, les petits-enfants, les frères et sœurs ne reçoivent la rente que s'ils profitaient directement de la rémunération de la victime. Sont présumés tels ceux qui vivaient sous le même toit. Si la victime est un apprenti qui ne recevait pas de rémunération, les bénéficiaires ont néanmoins droit à la rente s'ils vivaient sous le même toit.

m article 20bis

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

La victime est considérée comme la principale source de revenus lorsque la partie de ses revenus qui servait effectivement de contribution, tant en espèces qu'en nature, à l'entretien des ascendants

était, au moment de l'accident, supérieure aux revenus globalisés des ascendants, dans lesquels la contribution, tant en espèces qu'en nature, de la victime n'est pas incluse. Pour la fixation de la contribution, tant en espèces qu'en nature, de la victime, les frais de son propre entretien ne sont pas pris en considération.

n article 21

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

2 Section 2 – incapacité de travail

a article 22

Lorsque l'accident a été la cause d'une incapacité temporaire et totale de travail, la victime a droit, à partir du jour qui suit celui du début de l'incapacité de travail, à une indemnité journalière égale à 90 % de la rémunération quotidienne moyenne.

L'indemnité afférente à la journée au cours de laquelle l'accident survient ou au cours de laquelle l'incapacité de travail débute est égale à la rémunération quotidienne normale diminuée de la rémunération éventuellement proméritée par la victime.

b article 23

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

Dans le cas où la victime accepte la remise au travail, elle a droit à une indemnité équivalant à la différence entre sa rémunération avant l'accident et celle qu'elle gagne depuis sa remise au travail. Jusqu'au jour de la remise complète au travail ou de la consolidation, la victime bénéficie de l'indemnité d'incapacité temporaire totale :

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

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

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

c article 23bis

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

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

d article 24

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

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

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

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

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

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

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

En cas d'hospitalisation de la victime, à charge de l'entreprise d'assurances, dans un établissement hospitalier comme défini à l'article 2 de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987, l'allocation pour l'aide d'une tierce personne, visée à l'alinéa précédent, n'est plus due à partir du 91^e jour d'hospitalisation ininterrompue. À l'expiration du délai de révision prévu à l'article 72, l'allocation annuelle est remplacée par une rente viagère.

e article 24bis

Pour les accidents survenus avant le 1^{er} janvier 1988, l'entreprise d'assurances ne peut retenir l'allocation pour l'aide d'une tierce personne sur la base de l'article 24, alinéa 7, que jusqu'à l'expiration du délai visé à l'article 72.

En cas d'hospitalisation de la victime, à charge du Fonds, dans un établissement hospitalier comme défini à l'article 2 de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987, après l'expiration du délai visé à l'article 72, l'indexation ou l'allocation n'est pas due à partir du 91^e jour d'hospitalisation ininterrompue, ceci à concurrence de l'allocation pour l'aide d'une tierce personne visée à l'article 24, alinéa 4, majorée de l'indexation ou de l'allocation pour cette prestation.

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

f article 24ter

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

g article 25

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

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

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

h article 25bis

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

i article 25ter

L'employeur redevable d'une rémunération garantie, conformément aux articles 52, 70 ou 71 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail, à la victime d'un accident du travail survenu chez un autre employeur est subrogé dans les droits de la victime selon les modalités fixées par le Roi. En l'occurrence, le Roi précise à qui seront payées les indemnités d'incapacité temporaire de travail relatives à la période couverte par la rémunération garantie.

j article 26

Si la victime a besoin d'appareils de prothèse ou d'orthopédie, la déclaration de guérison sans incapacité permanente de travail fait l'objet d'un accord entre parties ou d'une décision coulée en force de chose jugée.

Si l'accident a causé des dégâts aux appareils de prothèse ou d'orthopédie, la victime a droit aux frais de réparation ou de remplacement de ces appareils. Cette disposition est également d'application si l'accident n'a pas produit une lésion.

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

k article 27

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

L'alinéa 1^{er} est également d'application au Fonds des accidents du travail.

3 Section 2bis – allocations

a article 27bis

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

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

Les premier et deuxième alinéas ne s'appliquent pas aux allocations annuelles et rentes qui correspondent à un taux d'incapacité permanente de travail de 10 % à moins de 16 % et dont la valeur est versée en capital au Fonds des accidents du travail en application de l'article 45quater, alinéas 3 et 4.

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

Par dérogation aux alinéas 1^{er} et 2, l'allocation annuelle et la rente visées à l'article 24, alinéa 4, suivent les indexations et les adaptations du revenu minimum mensuel moyen garanti qui découlent de la convention collective de travail visée à l'article précité.

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

b article 27ter

Pour les accidents survenus avant le 1^{er} janvier 1988, l'indexation, les adaptations et les allocations visées à l'article 27bis et, pour les accidents visés à

l'article 45quater, les allocations fixées par le Roi, sont à charge du Fonds des accidents du travail. Pour toutes les victimes et leurs ayants droit, les allocations de réévaluation et les réévaluations des allocations telles que visées à l'article 27bis, dernier alinéa, et dues à partir du 1^{er} janvier 2012, sont à charge du Fonds des accidents du travail. Le Roi peut également mettre à charge du fonds précité les allocations précitées qui seront payées pour la première fois après l'année 2012.

c article 27quater

La victime d'un accident du travail et les ayants droit visés aux articles 12 à 17 inclus peuvent prétendre à une allocation spéciale à charge du Fonds des accidents du travail, s'ils fournissent la preuve que l'accident ne donnait pas lieu, au moment du fait dommageable, à une réparation comme accident du travail ou comme accident sur le chemin du travail, alors que l'application de la loi au moment de la demande aurait donné lieu à l'octroi d'une rente. Le Roi fixe le montant et les modalités d'octroi de l'allocation spéciale, ainsi que les conditions d'intervention du Fonds en faveur des personnes ayant droit à l'allocation spéciale en matière de prise en charge des périodes d'incapacité temporaire de travail, des frais inhérents aux soins médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et hospitaliers et aux appareils de prothèse et d'orthopédie nécessaires du fait de l'accident.

4 Section 3 – soins médicaux

a article 28

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

b article 28bis

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

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

Une indemnité supplémentaire représentant le coût probable du renouvellement et de la réparation des

appareils est fixée par l'accord ou par la décision et est calculée de la manière fixée par le Roi. Cette indemnité est versée par l'entreprise d'assurances au Fonds des accidents du travail dans le mois qui suit l'homologation ou l'entérinement de l'accord ou la décision visée par l'article 24.

c article 29

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

- l'employeur a institué à sa charge un service médical agréé par le Roi ou s'est affilié auprès d'un service médical agréé. Le Roi détermine les conditions de création, de fonctionnement et d'affiliation ;
- l'employeur a désigné pour chaque type de soins fournis dans le service au moins trois dispensateurs de soins à qui la victime peut s'adresser, sauf pour ce qui est des premiers soins ;
- la création du service ou l'affiliation auprès du service, les noms des dispensateurs de soins et la délimitation géographique de l'obligation de s'adresser au service médical sont mentionnés dans le règlement de travail ou, en ce qui concerne les gens de mer, au rôle d'équipage ;
- les travailleurs sont consultés suivant les conditions fixées par le Roi ;
- la victime est liée par un contrat de travail à l'employeur au service duquel l'accident a eu lieu.

Lorsque la victime s'adresse à un dispensateur de soins autre que celui du service médical institué en vertu de l'alinéa 1^{er}, les frais sont à charge de l'entreprise d'assurances suivant les conditions et suivant le tarif fixés par le Roi.

d article 31

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

e article 32

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

autant qu'il en avertisse le médecin traitant. Le Roi détermine les honoraires dus au médecin désigné par la victime. Ils sont supportés à concurrence de 90 % par l'entreprise d'assurances.

f article 33

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

5 Section 5 – paiement

a article 45

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

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

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

b article 45bis

Sauf pour les accidents du travail visés aux articles 45ter et 45quater, si la rente, après l'expiration du délai de révision, est calculée sur un taux d'incapacité permanente de travail inférieur à 10 %, la valeur de la rente viagère, diminuée conformément à l'article 24, alinéa 3, est payée à la victime, en capital, dans le mois qui suit l'expiration dudit délai. Le capital se calcule conformément au tarif fixé par le Roi et en fonction de l'âge de la victime au premier jour du trimestre qui suit l'expiration du délai de révision. À partir de cette date, des intérêts sont dus de plein droit sur ce capital.

c article 45ter

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

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

d article 45quater

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

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

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

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

En ce qui concerne les accidents pour lesquels la fixation du taux d'incapacité permanente de travail de 16 % à 19 % inclus se fait soit par entérinement de l'accord à une date à partir du 1^{er} décembre 2003, soit par une décision judiciaire coulée en force de chose jugée à une date à partir du 1^{er} décembre 2003, la valeur d'une allocation annuelle ou d'une rente liées, le cas échéant, à l'indice des prix à la consommation est versée en

capital au Fonds des accidents du travail, comme le prévoit l'article 51 ter.

L'alinéa précédent s'applique également aux accidents pour lesquels la victime a été déclarée guérie sans incapacité permanente de travail (à partir du 1^{er} décembre 2003) ou pour lesquels la fixation du taux d'incapacité de travail (de moins de 16 % ou de plus de 19 %) se fait par un entérinement ou par une décision judiciaire visés à l'alinéa précédent, dans le cas où les allocations annuelles et rentes sont fixées, après révision, sur la base d'un taux de 16 % à 19 % inclus soit par un accord-révision entériné, soit par une décision judiciaire coulée en force de chose jugée.

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

e article 45quinquies

À condition que le débiteur soit de bonne foi, l'entreprise d'assurances renonce à la récupération des sommes payées indûment dans des cas ou catégories de cas dignes d'intérêt déterminés par le Roi.

5.3 chapitre 3 – assurance**a article 49**

L'employeur est tenu de souscrire une assurance contre les accidents du travail auprès d'une entreprise d'assurances qui :

1 est autorisée aux fins de l'assurance contre les accidents du travail ou peut exercer l'assurance contre les accidents du travail en Belgique par l'intermédiaire d'une succursale ou en régime de libre prestation de services conformément à la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance ;
2 satisfait à toutes les règles et conditions imposées par la présente loi.

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

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

La présente disposition n'est pas applicable aux contrats d'assurance d'une durée inférieure à un an. Avec l'accord mutuel de l'employeur et de l'entreprise d'assurances, la durée d'un an visée aux alinéas 2 et 3 peut être fixée à trois ans.

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

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

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

L'employeur qui pratique également des assurances contre les accidents du travail doit souscrire l'assurance obligatoire contre les accidents du travail en faveur de ses travailleurs auprès d'une entreprise d'assurances agréée avec laquelle il n'a aucun lien juridique ou commercial.

b article 49bis

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

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

L'employeur qui ne verse pas la contribution forfaitaire de prévention dans le délai d'un mois est redevable d'une majoration, qui ne peut pas dépasser 10 % du montant dû, ainsi que d'un intérêt de retard égal au taux d'intérêt légal. L'entreprise d'assurances affecte la contribution forfaitaire de prévention à la prévention des accidents du travail chez l'employeur concerné.

L'entreprise d'assurances fait rapport au Fonds des accidents du travail sur les mesures de prévention proposées ainsi que sur le respect par l'employeur concerné des dites mesures et sur sa collaboration. Un rapport à ce sujet est présenté au comité de

gestion du Fonds après avis du Comité technique de la prévention. Le Fonds met l'information à la disposition de la Direction générale Contrôle du bien-être au travail du Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale.

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

- la fréquence, la gravité, le seuil, qui ne peut pas être inférieur à cinq fois la fréquence et la gravité moyenne, et la durée de la période d'observation visés à l'alinéa 1^{er} ;
- le calcul, la période d'imputation et les modalités d'application de la contribution forfaitaire de prévention, qui ne peut être inférieure à 3000 euros ni supérieure à 15 000 euros. Ces montants sont liés à l'indice des prix à la consommation de la manière déterminée par le Roi ;
- les entreprises à la charge desquelles la contribution forfaitaire de prévention peut être perçue, compte tenu d'un nombre minimum d'accidents du travail survenus pendant la période d'observation ;
- les modalités de constatation et de notification à l'entreprise d'assurances par le Fonds des accidents du travail, ainsi que le mode de présentation du rapport au Fonds des accidents du travail ;
- les modalités de notification du risque aggravé à l'employeur ;
- les modalités de notification des mesures de prévention proposées à l'employeur, aux conseillers en prévention interne ou externe et, selon le cas, au comité pour la prévention et la protection au travail, à la délégation syndicale ou aux travailleurs visés au chapitre VIII de la loi du 4 août 1996 sur le bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail ;
- le montant et les conditions d'application de la majoration visée à l'alinéa 3 ;
- les modalités d'application du présent article en cas d'occupation d'intérimaires ;
- les conditions et modalités selon lesquelles une réclamation peut être introduite auprès du Comité de gestion du fonds, de même que les conditions selon lesquelles cette réclamation suspend l'encaissement de la contribution de prévention forfaitaire.

c article 49ter

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

Par dérogation aux articles 85 et 86 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, à partir de la notification par le Fonds, visée à l'article 49bis, alinéa 2, et jusqu'à la fin de la période de reconduction de plein droit, ce contrat ne peut pas faire l'objet d'une opposition à la reconduction tacite ni être résilié en raison de la survenance d'un sinistre.

Au moins trois mois avant la fin de la troisième année de la reconduction de plein droit, même si une nouvelle notification de risque aggravé a été faite pendant cette période, l'entreprise d'assurances peut résilier le contrat ou proposer une révision du taux de prime selon les modalités prévues aux articles 84 et 85 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

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

d article 50

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

e article 69

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

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

L'action en paiement des allocations visées aux articles 27bis, dernier alinéa, 27ter et 27quater, se prescrit trois ans après le premier jour qui suit la période de paiement à laquelle ces allocations se rapportent, pour autant que l'action principale en paiement des indemnités afférente à cette période ne soit pas prescrite. Pour les allocations accordées sur des indemnités afférentes à des périodes se si-

tuant avant le règlement de l'accident du travail par accord entériné ou par une décision judiciaire coulée en force de chose jugée ou avant la révision visée à l'article 72, la prescription prend cours à la date de ce règlement ou de cette révision. Pour les créances qui ne sont pas encore prescrites selon le délai de prescription de cinq ans à la date d'entrée en vigueur de l'article 40 de la loi du 3 juillet 2005 portant des dispositions diverses relatives à la concertation sociale, mais qui sont déjà prescrites selon le nouveau délai de prescription de trois ans, la date de prescription est fixée au 1^{er} janvier 2009.

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

Dans les cas prévus à l'article 24, premier alinéa, la créance de paiement des indemnités se prescrit trois années après la notification de la décision de déclaration de guérison.

f article 72

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

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

La présente police est régie par le droit belge et en particulier par la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances. Les principales dispositions générales réglementées par cette loi sont résumées ci-après.

6 DISPOSITIONS RELATIVES AU RÈGLEMENT DES DOMMAGES

a Lorsque survient un événement auquel la garantie de la présente police est applicable, vous devez (le bénéficiaire aussi, le cas échéant) tenir compte d'un certain nombre d'obligations afin que nous puissions fournir les prestations convenues.

b Ainsi, vous êtes censé :

- prendre toutes les mesures raisonnables pour prévenir ou limiter les conséquences du sinistre;
- faire la déclaration du sinistre dans les dix jours de sa survenance;
- fournir tous les renseignements que nous demandons concernant le sinistre et apporter la coopération requise, afin que le sinistre puisse être réglé rapidement;
- si nécessaire, comparaître personnellement devant le tribunal et poser tous les actes de procédure que nous jugeons utiles;
- ne pas poser d'actes limitant notre droit légal de récupérer les paiements effectués auprès du tiers responsable;
- ne pas reconnaître de responsabilité ni faire abandon de recours, ne rien payer ni convenir de payer dans les cas où la présente police couvre votre responsabilité. La simple reconnaissance des faits ou l'offre d'une première aide financière ou médicale n'est pas considérée comme une reconnaissance de responsabilité.

c Le non-respect de l'une des obligations qui précèdent nous donne le droit de réduire les prestations assurées ou de les récupérer jusqu'à concurrence du préjudice que nous avons subi du fait de votre omission.

Le non-respect d'un délai ne peut toutefois être considéré comme une omission si vous avez fait la notification demandée aussi rapidement qu'il vous était raisonnablement possible de le faire.

Nous pouvons refuser la garantie si vous avez agi dans une intention frauduleuse.

7 DISPOSITIONS RELATIVES À LA POLICE

Dans les présentes dispositions, « vous » désigne uniquement le preneur d'assurance.

7.1 Déclarations

La police a été établie sur la base des renseignements que vous nous avez fournis.

Si, pendant la durée des assurances, une modification se produit dans les éléments d'appréciation mentionnés dans les conditions particulières, vous devez nous les communiquer si, du fait de cette modification, le risque de survenance de l'événement assuré a diminué ou augmenté d'une façon sensible et durable.

7.2 Conséquences d'un risque incorrectement communiqué ou modifié

Dès que nous apprenons que le risque réel ne correspond pas au risque tel qu'il a été communiqué, nous faisons dans le mois une proposition d'adaptation de la police au risque réel à partir du jour où nous en avons eu connaissance. S'il s'agit d'une aggravation du risque qui s'est produite pendant la durée de l'assurance, l'adaptation a un effet rétroactif jusqu'au jour de l'aggravation. Vous êtes libre d'accepter ou non la proposition d'adaptation.

Si un sinistre survient avant que l'adaptation ou la résiliation de la police entre en vigueur, nous fournissons les prestations convenues s'il n'est pas possible de vous reprocher de n'avoir pas accompli votre devoir de communication.

Si cela peut vous être reproché, nous pouvons limiter les prestations assurées selon la proportion existant entre la prime payée et la prime qui aurait dû être payée si nous avions été renseignés correctement. Mais nous pouvons limiter notre prestation au remboursement de toutes les primes, si nous pouvons prouver que nous n'aurions pas assuré le risque réel.

Les règles qui précèdent ne s'appliquent pas en cas d'intention frauduleuse. Dans ce cas, nous pouvons invoquer la nullité légale ou la rupture de l'assurance, refuser notre prestation et conserver les primes échues.

7.3 Début et durée des assurances

Les assurances commencent à la date indiquée dans les conditions particulières, après signature de la police et paiement de la première prime. La durée des assurances est également indiquée dans les conditions particulières.

Si cette durée est inférieure à un an, les parties conviennent qu'à la date d'expiration une nouvelle police entre en vigueur avec une durée d'un an, sauf si l'une des parties s'y oppose. Cette opposition doit être notifiée par lettre recommandée trente jours au moins avant la date d'expiration.

Si la durée des assurances est d'un an, elles sont reconduites tacitement à l'échéance pour des périodes successives d'un an, sauf si l'une des parties s'y oppose par une lettre recommandée remise à la poste trois mois au moins avant l'échéance.

Les assurances commencent et prennent fin à zéro heure.

7.4 Fin des assurances

1 Décès

À votre décès, les droits et obligations nés de la présente police continuent d'exister dans le chef des nouveaux titulaires de l'intérêt assuré.

Ils sont tenus solidairement et indivisiblement à notre égard, mais peuvent résilier l'assurance dans les trois mois et quarante jours qui suivent le décès. De même, nous pouvons résilier la police dans les trois mois après avoir eu connaissance du décès.

2 Résiliation

Vous pouvez résilier avant l'expiration des assurances :

- après un sinistre, mais au plus tard un mois après l'exécution des prestations assurées ou le refus de le faire ;
- en cas de diminution du risque si, dans le mois qui suit la demande de réduction de prime, vous n'arrivez pas à un accord avec nous à ce sujet.

Nous pouvons résilier les assurances :

- après un sinistre, mais au plus tard un mois après l'exécution des prestations assurées ou le refus de le faire ;
- s'il apparaît que le risque réel est plus important que le risque déclaré :

- si vous refusez ou n'acceptez pas la proposition de modification de la police dans le mois qui suit sa réception ; dans ce cas, la résiliation doit se faire dans les quinze jours ;
- si nous apportons la preuve que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque réel ; cette résiliation doit se faire dans le mois qui suit le moment où nous avons eu connaissance du risque réel ;
- en cas de non-paiement de la prime ou de non-respect d'une autre obligation contractuelle ;
- en cas de modification de la législation rendant les prestations assurées considérablement plus importantes.

Si l'une des parties résilie une assurance, l'autre partie a le droit de résilier également, pour la même date, les autres assurances de la présente police.

3 Forme et effet de la résiliation

Sauf en cas de non-paiement de la prime, les règles suivantes sont applicables à toute résiliation.

Une résiliation se fait par lettre recommandée à la poste, par remise d'une lettre de résiliation contre récépissé ou par exploit d'huissier.

La résiliation prend effet après l'expiration d'un délai d'un mois à compter, pour une lettre recommandée, du lendemain du dépôt à la poste et, dans les autres cas, à compter de la date du récépissé ou du lendemain de la notification.

7.5 Prime et paiement de la prime

I Paiement

La prime, taxe comprise, est payable d'avance et est exigible à l'échéance.

Si vous ne payez pas une prime (taxe comprise), nous vous en demandons le paiement par lettre recommandée ou par exploit d'huissier. La mise en demeure précise les conséquences du non-paiement de la prime (suspension et/ou résiliation).

2 Augmentation de tarif

Si nous augmentons notre tarif, nous pouvons adapter la prime à partir de l'échéance suivante, mais vous pouvez résilier la police pour cette échéance. Cette résiliation doit se faire dans les trente jours après que nous vous avons notifié l'augmentation. Si la notification a été faite moins de trois mois avant

l'échéance, la résiliation prend effet à l'échéance suivante.

7.6 Délai de prescription

La loi du 4 avril 2014 relative aux assurances est d'application. Celle-ci stipule, entre autres, que le délai de prescription est de trois ans pour toute action en justice découlant du contrat d'assurance.

7.7 Terrorisme

Nous couvrons les dommages causés par le terrorisme conformément à la législation relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme.

Par terrorisme, il faut entendre une action ou une menace d'action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou religieuses, exécutée individuellement ou en groupe et attentant à des personnes ou détruisant partiellement ou totalement la valeur économique d'un bien matériel ou immatériel, soit en vue d'impressionner le public, de créer un climat d'insécurité ou de faire pression sur les autorités, soit en vue d'entraver la circulation ou le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.

Nous sommes membres de l'ASBL TRIP (www.tripvzw.be) pour les dommages causés par le terrorisme conformément à la législation relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme.

Conformément à la loi précitée, l'exécution de toutes les obligations de toutes les entreprises d'assurances membres de l'ASBL TRIP peut être limitée si le montant total à payer de toutes les obligations de toutes les entreprises d'assurances dépasse, au cours d'une même année civile, le montant fixé par la loi.

Si la limitation du montant à payer semble être applicable, ceci se fera par le biais de l'application d'un pourcentage qui est fixé conformément à la législation précitée. Vous pouvez nous réclamer le paiement dès que ce pourcentage a été fixé.

7.8 Dispositions légales

I Informations complémentaires et plaintes

Pour toute question ou plainte afférente à ce contrat, n'hésitez pas à vous adresser à votre intermé-

diaire ou à nous. Nous vous communiquerons toutes les informations que vous souhaitez et mettrons tout en œuvre pour vous offrir un service optimal. Vous pouvez également adresser vos plaintes au service des réclamations de Fidea (Delacensierstraat 1, 2018 Anvers) soit par téléphone au numéro 03 203 85 85, soit par fax au 03 203 86 55, soit par e-mail à l'adresse klachten@fidea.be, soit au moyen du formulaire de plainte disponible sur le site www.fidea.be. Le service des réclamations de Fidea procédera à un examen objectif après réception de votre plainte et vous fera part de sa réaction dans les cinq jours ouvrables. Vous pouvez également introduire une plainte auprès de l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles. Tél. : 02/547 58 71, Fax : 02/547 59 75, www.ombudsman.as. E-mail : info@ombudsman.as. Il est recommandé, mais pas obligatoire, de vous adresser d'abord au service des réclamations de Fidea. L'Ombudsman des Assurances examine les litiges que vous avez en tant que consommateur avec une compagnie d'assurances ou un intermédiaire en assurances en rapport avec l'application d'un contrat d'assurance existant. En outre, l'Ombudsman fait également office d'instance de recours pour des réclamations contre l'enregistrement dans le fichier « Risque spécial » de Datassur. Vous avez toujours le droit d'entamer une procédure judiciaire. Fidea a souscrit aux règles de conduite relatives à la gestion de plaintes dans les compagnies d'assurances membres d'Assuralia. Vous pouvez consulter cette information sur le site www.assuralia.be.

2 Fraude et échange de données avec GIE Datassur

Fidea insiste sur l'importance d'une déclaration correcte du risque et d'une déclaration correcte en cas de sinistre. Toute fraude ou tentative de fraude sera sanctionnée conformément à la législation en vigueur et/ou aux conditions générales ou particulières et peut donner lieu, le cas échéant, à des poursuites judiciaires. Fidea pourra communiquer au GIE Datassur des données (à caractère personnel) pertinentes se rapportant exclusivement à l'estimation des risques et à la gestion des polices et sinistres. Toute personne qui justifie de son identité a le droit de consulter cette communication et de rectifier éventuellement les données la concernant auprès de Datassur. Pour exercer ce droit, l'intéressé(e) adresse une demande datée et signée avec une copie de sa carte d'identité à l'adresse suivante : Datassur, Square de Meeûs 29 à 1000 Bruxelles. Plus d'informations sur Datassur : <http://www.datassur.be>

3 Loi relative à la protection de la vie privée

Concernant le traitement des données à caractère personnel et des données clients (entre autres vos droits en la matière), Fidea renvoie à sa déclaration générale de confidentialité et, éventuellement, pour cette police, à sa déclaration spécifique de confidentialité. Vous pouvez la consulter sur le site www.fidea.be. Vous pouvez aussi la demander au service vie privée de Fidea ou au siège de l'entreprise.

4 Conflits d'intérêts

Fidea s'engage à défendre les intérêts de sa clientèle de façon loyale, équitable et professionnelle. Vous retrouverez les mesures prises par Fidea afin d'identifier, maîtriser et prévenir les conflits d'intérêts au sein de son organisation et dans le cadre de ses activités sur le site web de Fidea www.fidea.be, sous la rubrique « Corporate Governance ». Sur simple demande adressée au service Compliance du siège de Fidea, vous pourrez obtenir des détails concernant ces mesures.