



Conditions Générales

Assurance Accidents du Travail

(version septembre 2021)

Securex Accidents du Travail caisse commune

Siège social : Verenigde-Natieslaan 1, 9000 Gent - Entreprise agréée par arrêté royal du 25.1.1905
pour pratiquer l'opération d'assurances suivante Accidents de travail (1b) (M.B. 5.2.1905) sous n° 519 - RPM Gent
N° d'entreprise 0400.037.896 - IBAN BE45 4400 4017 9189 - BIC KREDBEBB - www.securex.be
Verenigde-Natieslaan 1, 9000 Gent - T +32 9 280 40 90

Sommaire

Stipulations préliminaires - Définitions	4
Chapitre I - Objet et étendue de la garantie.....	4
Article 1 - Objet de la garantie.....	4
Article 2 - Risque assuré	4
Article 3 - Modification du risque assuré.....	5
3.1 Diminution du risque.....	5
3.2 Aggravation du risque	5
Article 4 - Etendue territoriale.....	5
Article 5 - Droit de visite de l'entreprise assurée.....	5
Chapitre II - Durée et fin du contrat d'assurance	6
Article 6 - Prise d'effet de la garantie.....	6
Article 7 - Durée du contrat d'assurance	6
Article 8 - Non-occupation de personnel.....	6
Article 9 - Changement de sociétaire.....	6
9.1. Décès du sociétaire.....	6
9.2. Faillite du sociétaire.....	6
9.3. Autres hypothèses de changement de sociétaire.....	7
Article 10 - Cessation et résiliation du contrat d'assurance.....	7
Chapitre III - Primes ou cotisation.....	8
Article 11 - Nature de la prime ou cotisation	8
Article 12 - Calcul de la prime ou de la cotisation	8
Article 13 - Prime ou cotisation provisionnelle.....	8
Article 14 - Déclaration des rémunérations.....	9
Article 15 - Défaut de déclaration des rémunérations	9
Article 17 - Modalités de paiement de la prime ou cotisation.....	10
Article 18 - Défaut de paiement de la prime ou cotisation.....	10
Article 19 - Augmentation tarifaire et modification des conditions d'assurance.....	11
Chapitre IV - Accidents.....	11
Article 20 - Déclaration	11
Article 21 - Procédure	11
Article 22 - Prévention des accidents et contrôle.....	12
Chapitre V - Dispositions diverses.....	12
Article 23 - Notifications.....	12
Article 24 - Plaintes	12
Article 25 - Protection de la vie privée.....	13
Extraits de la législation sur les accidents du travail	15

Stipulations préliminaires - Définitions

Pour l'interprétation du contrat on entend par :

La loi : la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail ainsi que toutes ses extensions, modifications et arrêtés d'exécution.

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

Le sociétaire : l'employeur, personne physique ou morale, assujetti à la loi et qui souscrit le contrat.

Le bénéficiaire : la ou les personnes au profit desquelles le sociétaire souscrit l'assurance en vertu de la loi.

Chapitre I - Objet et étendue de la garantie

Article 1 - Objet de la garantie

La compagnie d'assurances couvre tous les risques d'accident pour tous les travailleurs en service du sociétaire mentionné dans les conditions particulières. Le sociétaire conserve la possibilité d'assurer le personnel de divers sièges d'exploitation auprès de compagnies d'assurance distinctes.

La compagnie d'assurances garantit aux bénéficiaires, nonobstant toute exception, nullité ou déchéance dérivant de dispositions légales ou du contrat d'assurance et cela jusqu'à ce que le contrat d'assurance prenne fin, l'intégralité des indemnités fixées par la loi.

En aucun cas, le sociétaire n'est garanti contre les condamnations de responsabilité civile de droit commun, ni contre le paiement des amendes qui, ayant le caractère de peines personnelles, ne peuvent être couvertes par l'assurance.

Article 2 - Risque assuré

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

L'assurance est donc limitée à l'égard du sociétaire à

l'activité décrite dans le contrat d'assurance ou dans ses avenants, sur la base de ladite déclaration.

Lorsqu'une omission ou une inexactitude intentionnelle dans la déclaration induisent la compagnie d'assurances en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat d'assurance est nul.

Les primes ou cotisations échues jusqu'au moment où la compagnie d'assurances a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelle, lui sont dues.

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

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

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

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

Si un accident survient et que le sociétaire n'a pas rempli l'obligation de déclaration visée à l'al. 1, la compagnie d'assurances est tenue d'allouer au bénéficiaire les prestations déterminées dans la loi.

En ce cas néanmoins, lorsque le défaut de déclaration peut être reproché au sociétaire, la compagnie d'assurances dispose contre celui-ci d'une action en remboursement de sa prestation selon le rapport entre l'insuffisance de prime ou de cotisation payée et la prime ou la cotisation totale que le sociétaire aurait dû payer s'il avait correctement déclaré le risque.

Dans l'hypothèse où la compagnie d'assurances apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque dont la nature réelle est révélée par le sinistre, cette action en remboursement porte sur la totalité des prestations effectuées par la compagnie d'assurances sous déduction de la totalité des primes payées.

Si le sociétaire a agi dans une intention frauduleuse,

l'action en remboursement porte sur la totalité des prestations effectuées par la compagnie d'assurances. Dans ce cas, les primes ou cotisations échues jusqu'au moment où la compagnie d'assurances a eu connaissance de la fraude, lui sont dues en outre à titre de dommages et intérêts.

Article 3 - Modification du risque assuré

3.1 Diminution du risque

Lorsque, au cours de l'exécution du contrat d'assurance, le risque de survenance de l'accident a diminué d'une façon sensible et durable au point que, si la diminution avait existé au moment de la souscription, la compagnie d'assurances aurait consenti l'assurance à d'autres conditions, celle-ci est tenue d'accorder une diminution de la prime ou cotisation à due concurrence à partir du jour où elle a eu connaissance de la diminution du risque.

Si les parties contractantes ne parviennent pas à un accord sur la prime ou cotisation nouvelle dans un délai d'un mois à compter de la demande de diminution formulée par le sociétaire, celui-ci peut résilier le contrat d'assurance.

3.2 Aggravation du risque

§ 1. Le sociétaire a l'obligation de déclarer en cours de contrat d'assurance, dans les conditions de l'Article 2 des conditions générales, les circonstances nouvelles ou les modifications de circonstances qui sont de nature à entraîner une aggravation sensible et durable du risque de survenance de l'accident.

Le sociétaire déclarera notamment tout risque nucléaire ou de guerre auquel le personnel de l'entreprise viendrait à être exposé, tout comme l'exposition à l'une des activités ci-après : extraction dans des mines souterraines ou des carrières, travaux sous eau, forage de tunnels, travaux sur l'eau (plateforme de forage, cale sèche, dragueurs en mer,...), fabrication de munition et d'explosifs, activités avec un réacteur nucléaire ou production de matières fissiles et/ou traitement de matériaux radioactifs. La liste ci-avant n'est pas limitative et ne porte par conséquent pas atteinte à l'obligation au §1 premier alinéa, de déclarer toutes les autres circonstances ou modifications de circonstances pouvant entraîner un aggravement sensible et durable du risque de survenance de l'accident.

Lorsque, au cours de l'exécution du contrat d'assurance, le risque de survenance de l'accident s'est aggravé de telle sorte que si l'aggravation avait existé au moment de la souscription, la compagnie d'assurances n'aurait consenti l'assurance qu'à d'autres conditions,

elle doit, dans le délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'aggravation, proposer la modification du contrat d'assurance avec effet rétroactif au jour de l'aggravation.

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

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

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

§ 2. Si un accident survient avant que la modification du contrat d'assurance ou la résiliation ait pris effet et si le sociétaire a rempli l'obligation de déclaration visée à l'Article 3.2., § 1 des conditions générales, la compagnie d'assurances est tenue d'allouer les prestations déterminées dans la loi.

§ 3. Si un accident survient et que le sociétaire n'a pas rempli l'obligation visée à l'Article 3.2., § 1 des conditions générales, la compagnie d'assurances est également tenue d'allouer les prestations déterminées dans la loi. En ce cas néanmoins, la compagnie d'assurances dispose contre le sociétaire du même recours que celui prévu à l'Article 2 des conditions générales.

Article 4 - Etendue territoriale

La garantie est acquise dans le monde entier pour autant qu'au moment de l'accident, la législation belge soit ou reste d'application conformément aux conventions internationales.

Article 5 - Droit de visite de l'entreprise assurée

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

Les délégués de la compagnie d'assurances ont, dans ce

but, libre accès au sein de l'entreprise.

A la demande de la compagnie d'assurances, le sociétaire est en outre tenu de lui communiquer une copie du rapport annuel du Comité pour la Prévention et la Protection au Travail (CPPT), établissant les taux de fréquence et de gravité des trois derniers exercices.

A défaut pour le sociétaire de respecter ces obligations, la compagnie d'assurances pourra mettre fin au contrat d'assurance dans les conditions de l'Article 10, § 5 des conditions générales.

La compagnie d'assurances et ses délégués sont tenus à la plus totale discrétion.

Chapitre II - Durée et fin du contrat d'assurance

Article 6 - Prise d'effet de la garantie

La garantie du contrat d'assurance prend effet à la date et l'heure fixées dans les conditions particulières.

En aucun cas, la garantie ne peut être accordée avec effet rétroactif.

Article 7 - Durée du contrat d'assurance

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

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

Avec l'accord mutuel du sociétaire et de la compagnie d'assurances, la durée d'un an visée aux paragraphes précédents peut être fixée à trois ans. Dans cette hypothèse, la reconduction tacite visée à l'alinéa 2 se fait par périodes successives de trois ans.

Quelle que soit la durée du contrat d'assurance, cette durée doit être prolongée le cas échéant de la période qui sépare la date de prise d'effet du contrat d'assurance du 1er janvier de l'année qui suit.

Article 8 - Non-occupation de personnel

Lorsqu'un sociétaire vient à ne plus employer de personnes assujetties à la loi, il en avise sans délai la compagnie d'assurances en précisant la date exacte à laquelle prend fin l'activité desdites personnes.

Sauf convention contraire, le contrat d'assurance est résilié par la compagnie d'assurances par lettre recommandée, à la date où elle en a connaissance, au plus tôt cependant à la date à laquelle le sociétaire n'occupe plus de personnel.

Toutefois, si, avant l'expiration de la période d'assurance qui restait à courir à compter de la date de résiliation, le sociétaire engage à nouveau du personnel assujetti, il a l'obligation de conclure un nouveau contrat d'assurance auprès de la même entreprise d'assurances pour une période au moins égale à la période qui restait à courir.

La compagnie d'assurances n'assure pas les travailleurs assujettis remis en activité avant la conclusion du nouveau contrat d'assurance prévu à l'alinéa précédent.

Article 9 - Changement de sociétaire

9.1. Décès du sociétaire

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

Toutefois, le nouveau titulaire de l'intérêt assuré et la compagnie d'assurances peuvent notifier la résiliation du contrat d'assurance, le premier, par lettre recommandée à la poste dans les trois mois et quarante jours du décès, le second, par lettre recommandée à la poste dans les trois mois du jour où elle a eu connaissance du décès.

9.2. Faillite du sociétaire

En cas de faillite du sociétaire, l'assurance subsiste au profit de la masse des créanciers qui devient débitrice envers la compagnie d'assurances du montant des primes ou cotisations à échoir à partir de la déclaration de faillite.

La compagnie d'assurances et le curateur de la faillite ont néanmoins le droit de résilier le contrat d'assurance.

Toutefois, la résiliation du contrat d'assurance par la compagnie d'assurances ne peut se faire au plus tôt que trois mois après la déclaration de la faillite, tandis que le curateur de la faillite ne peut résilier le contrat d'assurance que dans les trois mois qui suivent la déclaration de la faillite.

9.3. Autres hypothèses de changement de sociétaire

En cas de maintien d'activité mais de changement de personne physique ou morale sous quelque forme juridique que ce soit et pour toute autre cause que celles visées à l'Article 9.1. et 9.2. des conditions générales, le sociétaire ou ses héritiers ou ayants cause s'engagent à faire continuer le contrat d'assurance par leurs successeurs.

En cas de manquement à cette obligation, la compagnie d'assurances peut exiger du sociétaire ou de ses héritiers ou ayants cause, indépendamment des primes ou cotisations échues, une indemnité de résiliation égale à la dernière prime ou cotisation annuelle. Le contrat d'assurance prend alors fin à la date de ce changement ou de cette reprise.

La compagnie d'assurances peut néanmoins refuser le transfert du contrat d'assurance et le résilier. Dans ce cas, la compagnie d'assurances doit continuer à fournir une couverture sur la base du contrat d'assurance en vigueur pendant une période de 45 jours. Ce délai commence à courir le jour où la lettre recommandée de résiliation, adressée au sociétaire par la compagnie d'assurances, a été remise à la poste. La compagnie d'assurances garde alors le droit aux primes et cotisations échues correspondant aux périodes couvertes.

Article 10 - Cessation et résiliation du contrat d'assurance

§ 1. Le contrat d'assurance s'achève de plein droit :

1. à la date de la cessation définitive des activités de l'entreprise
2. à la date à laquelle la compagnie d'assurances cesse d'être agréée aux fins de la loi

§ 2. La résiliation du contrat d'assurance se fait par lettre recommandée à la poste.

§ 3. Si le sociétaire ou la compagnie d'assurances veut éviter la reconduction tacite visée à l'Article 7 des conditions générales, il résilie le contrat d'assurance par lettre recommandée déposée à la poste au moins trois mois avant l'arrivée au terme du contrat d'assurance.

§ 4. Le contrat d'assurance peut être résilié par le sociétaire en cas d'adaptation tarifaire ou de modification des conditions d'assurances suivant les modalités prévues à l'Article 19 des conditions générales.

§ 5. La compagnie d'assurances se réserve le droit de résilier le contrat d'assurance par lettre recommandée :

1. en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque, selon les conditions prévues à l'Article 2 des conditions générales
2. en cas de modification sensible et durable du risque selon l'Article 3 des conditions générales
3. en cas de non-occupation de personnel, selon l'Article 8 des conditions générales
4. dans tous les cas de changement de sociétaire visés à l'Article 9 des conditions générales
5. en cas de non paiement de primes ou cotisations, surprimes ou accessoires selon l'Article 18 des conditions générales
6. en cas de non déclaration des rémunérations dans les délais fixés dans le contrat d'assurance selon l'Article 15 des conditions générales
7. en cas de défaut grave de prévention selon l'Article 22, alinéa 2, des conditions générales et sans préjudice des dispositions de cet article
8. dans les cas où la compagnie d'assurances peut exercer le recours prévu à l'Article 20, alinéa 7, des conditions générales
9. dans les cas de non-respect des Articles 5 et 16 des conditions générales organisant pour la compagnie d'assurances un droit de contrôle du risque assuré et des déclarations de salaires

§ 6. Dans tous les cas prévus au § 5, à l'exception du point 5., la compagnie d'assurances reste tenue à la garantie du présent contrat d'assurance jusqu'à l'expiration d'un délai d'un mois qui prend cours le jour suivant celui où la compagnie d'assurances porte à la connaissance du sociétaire, par lettre recommandée à la poste, la résiliation du contrat d'assurance. Dans le cas prévu au § 5, point 5., les délais repris à l'Article 18 des conditions générales sont d'application.

La compagnie d'assurances rembourse les primes ou cotisations payées afférentes à la période d'assurance postérieure à la date de prise d'effet de la résiliation.

§ 7. La compagnie d'assurances se réserve le droit de résilier le contrat d'assurance après la survenance d'un accident. Le sociétaire dispose du même droit. Cette réciprocité 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 de la loi.

La résiliation, au profit de la compagnie d'assurances ou du sociétaire, n'est effective qu'à l'expiration de l'année d'assurance en cours sans que le délai puisse être inférieur à trois mois à partir du moment de la signification de la résiliation par lettre recommandée à la poste.

Cette résiliation est notifiée au plus tard un mois après le premier paiement des indemnités journalières à la victime ou le refus de paiement de l'indemnité.

§ 8. Les dispositions de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances sont applicables en ce qui concerne les conditions, les modalités et les délais dans lesquels il est mis fin au contrat d'assurance par le sociétaire ou par la compagnie d'assurances dans la mesure où il n'y est pas dérogé par la loi sur les accidents du travail ou par l'Article 9 de l'arrêté royal du 21 décembre 1971.

Chapitre III - Primes ou cotisation

Article 11 - Nature de la prime ou cotisation

§ 1. La prime ou cotisation est forfaitaire ou fait l'objet d'un décompte à terme échu.

§ 2. La prime ou cotisation forfaitaire est fixée à la conclusion du contrat d'assurance. Elle peut varier dans la même proportion que le plafond de la rémunération de base fixé conformément à la loi. Elle est payable par anticipation à l'échéance indiquée aux conditions particulières.

Article 12 - Calcul de la prime ou de la cotisation

Sauf stipulation particulière au contrat d'assurance, la prime ou cotisation autre que forfaitaire est calculée sur la base des rémunérations du personnel assujetti à la loi.

Par rémunérations de ce personnel, on entend la rémunération brute sans aucune retenue, y compris tous les avantages. La rémunération ne peut en aucun cas être inférieure à la rémunération mensuelle moyenne minimum garantie ou à celle fixée par la convention conclue au niveau de l'entreprise ou par la convention collective

conclue au Conseil National du Travail, en commission ou sous-commission paritaire ou en tout autre organe paritaire, rendue obligatoire ou non par arrêté royal.

Les sommes attribuées aux ouvriers à titre de pécule de vacances ne doivent pas être mentionnées sur la déclaration de rémunération visée à l'Article 14 des conditions générales. La compagnie d'assurances leur substitue le pourcentage fixé par la législation en matière de vacances annuelles.

Les allocations complémentaires de vacances et toutes sommes constitutives du salaire mais non payées directement par le sociétaire sont, le cas échéant, déclarées sous forme de pourcentage.

Pour les apprentis et les personnes qui effectuent un travail dans le cadre d'une formation pour un travail rémunéré, la prime forfaitaire est calculée sur la base du revenu minimum mensuel moyen garanti tel que déterminé par une convention collective de travail conclue au sein du Conseil national du travail pour un travailleur occupé à temps plein âgé d'au moins dix-neuf ans et ayant au moins six mois d'ancienneté dans l'entreprise qui l'occupe.

Pour les personnes rémunérées au pourboire, la rémunération déclarée doit correspondre à la rémunération réelle, sans être inférieure à la rémunération forfaitaire prise en considération pour le calcul des cotisations de sécurité sociale.

Lorsque les rémunérations annuelles sont supérieures au plafond légal de la rémunération de base, elles ne sont prises en considération pour le calcul des primes ou cotisations qu'à concurrence de ce maximum.

La prime ou cotisation est déterminée en multipliant le montant des rémunérations par le taux applicable à chacun des risques de l'entreprise.

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

Article 13 - Prime ou cotisation provisionnelle

Lorsque la prime ou cotisation fait l'objet d'un décompte à terme échu, une prime ou cotisation provisionnelle est payable anticipativement aux échéances indiquées aux conditions particulières et pour la première fois lors de la prise d'effet du contrat d'assurance.

Sauf convention contraire, la prime ou cotisation provisionnelle doit être payée dans les trente jours qui suivent l'invitation à payer.

Cette prime ou cotisation est égale au montant de la prime ou cotisation estimée à terme échu, prévu aux conditions particulières. Elle est calculée sur les rémunérations payées par le sociétaire dans l'année précédente ou, si son entreprise est de création récente, d'après une évaluation établie d'un commun accord.

La prime ou cotisation provisionnelle sera adaptée chaque fois que la dernière prime ou cotisation définitive sera supérieure ou inférieure de 20 % à la dernière prime ou cotisation provisionnelle connue.

La prime ou cotisation provisionnelle est affectée au paiement de tout ou partie de la prime ou cotisation définitive.

Article 14 - Déclaration des rémunérations

Les rémunérations sont déclarées à la compagnie d'assurances par le sociétaire ou son mandataire.

Cette obligation est considérée comme exécutée par la déclaration électronique multifonctionnelle, dite DMFA, faite trimestriellement par le sociétaire ou son mandataire au réseau de la sécurité sociale. La donnée "Activité par rapport au risque" de cette DMFA doit obligatoirement être complétée dans le cas où plusieurs taux de primes "Ouvriers" et/ou plusieurs taux de primes "Employés" sont repris au contrat et ce, selon les conditions et la fréquence définies dans le glossaire DMFA.

Toutefois, la compagnie d'assurances se réserve le droit d'envoyer un état de salaire au sociétaire ou à son mandataire en cas d'inexactitude ou de défaut des données électroniques. Le sociétaire ou son mandataire s'oblige à renvoyer cet état de salaire à la compagnie d'assurances, dans les deux mois qui suivent la fin de chaque période d'assurance.

Article 15 - Défaut de déclaration des rémunérations

Le défaut de respecter la déclaration des rémunérations permet, passé un délai de sommation par voie recommandée, l'établissement d'un décompte d'office de la prime ou cotisation calculée en majorant de 50 % les rémunérations qui ont servi de base au calcul de la prime ou cotisation précédente ou, s'il s'agit du premier décompte, en majorant de 50 % les rémunérations

déclarées à la conclusion du contrat d'assurance.

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

A défaut pour le sociétaire de respecter cette obligation, la compagnie d'assurances pourra mettre fin au contrat d'assurance dans les conditions de l'Article 10, § 5 des conditions générales.

Article 16 - Contrôle de la déclaration des rémunérations

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

A cet effet, le sociétaire s'engage à mettre à la disposition de la compagnie d'assurances ou de son délégué tous les documents et comptes individuels soumis au contrôle social ou fiscal ; la compagnie d'assurances dispose de cette faculté pendant les trois ans qui suivent la fin du contrat d'assurance.

A défaut pour le sociétaire de respecter cette obligation, la compagnie d'assurances pourra mettre fin au contrat d'assurance dans les conditions de l'Article 10, § 5 des conditions générales.

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

Dans les cas où la déclaration des rémunérations comporterait des inexactitudes, la compagnie d'assurances, tenue d'indemniser les bénéficiaires sur la base de la rémunération telle que définie par la loi, dispose contre le sociétaire du même recours que celui prévu à l'Article 2 des conditions générales.

Article 17 - Modalités de paiement de la prime ou cotisation

La prime ou cotisation est quérable. L'envoi de la demande de paiement au sociétaire équivaut à la présentation de la quittance à son domicile ou siège social.

La prime ou cotisation définitive est payable dans les trente jours de l'invitation à payer.

A défaut d'être fait directement à la compagnie d'assurances, est libératoire le paiement de la prime ou cotisation fait au producteur d'assurance porteur de la quittance établie par la compagnie d'assurances.

A cet égard, la date qui fait foi est soit celle de la délivrance de cette quittance, soit celle à laquelle l'un des comptes financiers de la compagnie d'assurances ou du producteur mandaté aura été crédité.

Article 18 - Défaut de paiement de la prime ou cotisation

§ 1. Défaut de paiement de la prime ou cotisation

Le défaut de paiement de la prime ou cotisation à l'échéance peut donner lieu à la suspension de la garantie ou à la résiliation du contrat à condition que le sociétaire ait été mis en demeure.

§ 2. Sommation de payer

La mise en demeure visée au § 1 est faite soit par exploit d'huissier, soit par lettre recommandée à la poste.

Elle comporte sommation de payer la prime ou cotisation dans le délai qu'elle fixe. Ce délai ne peut être inférieur à quinze jours à compter du lendemain de la signification ou du dépôt de la lettre recommandée à la poste.

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

§ 3. Prise d'effet de la suspension de la garantie ou de la résiliation du contrat d'assurance

La suspension ou la résiliation n'ont d'effet qu'à l'expiration d'un délai qui ne peut être inférieur à quinze jours à compter du lendemain de la signification ou du dépôt de la lettre recommandée à la poste.

Si la garantie a été suspendue, le paiement par le sociétaire des primes ou cotisations échues, augmentées, s'il y a lieu, des intérêts, met fin à cette suspension.

La compagnie d'assurances qui a suspendu son obligation de garantie peut résilier le contrat d'assurance si elle s'en est réservée la faculté dans la mise en demeure ; dans ce cas, la résiliation prend effet à l'expiration d'un délai qui ne peut être inférieur à quinze jours à compter du premier jour de la suspension.

Si la compagnie d'assurances ne s'est pas réservée la faculté de résilier le contrat d'assurance dans la mise en demeure, la résiliation ne pourra intervenir que moyennant nouvelle sommation faite conformément aux dispositions mentionnées au § 2.

§ 4. Effet de la suspension à l'égard des primes ou cotisations à échoir

La suspension de la garantie ne porte pas atteinte au droit de la compagnie d'assurances de réclamer les primes ou cotisations venant ultérieurement à échéance à condition que le sociétaire ait été mis en demeure conformément au § 2. Dans ce cas, la mise en demeure rappelle la suspension de la garantie.

Le droit de la compagnie d'assurances est toutefois limité

aux primes ou cotisations afférentes à deux années consécutives.

§ 5. Retard de paiement

Tout retard de paiement de la prime ou de la cotisation définitive ou provisionnelle peut donner lieu à la perception d'intérêts et de frais conformément à la loi du 2 août 2002 concernant la lutte contre le retard de paiement dans les transactions commerciales.

§ 6. Obligation de déclaration des rémunérations

Tant que dure la suspension, le sociétaire reste tenu de déclarer les rémunérations aux termes prévus par le contrat d'assurance et la compagnie d'assurances envoie les décomptes de primes ou cotisations.

§ 7. Recours

La compagnie d'assurances dispose contre le sociétaire en cas de suspension de la garantie d'une action en remboursement de toute somme qu'elle aura dû payer ou mettre en réserve en vertu de l'Article 1, alinéa 2 des conditions générales.

Article 19 - Augmentation tarifaire et modification des conditions d'assurance

Si la compagnie d'assurances augmente son tarif ou modifie les conditions d'assurance, elle a le droit d'augmenter le tarif du présent contrat d'assurance à partir de l'échéance annuelle suivante.

Toutefois et sans préjudice des dispositions de l'Article 3 des conditions générales, le sociétaire peut résilier le contrat d'assurance dans les trente jours de la notification de l'augmentation ou de la modification. De ce fait, le contrat d'assurance prend fin, au plus tôt, à l'échéance annuelle suivante, à condition qu'un délai d'au moins trois mois sépare de cette échéance la notification de l'augmentation ou de la modification. S'il n'en est pas ainsi, les effets du contrat d'assurance se prolongent, au-delà de l'échéance annuelle, pendant le temps nécessaire pour parfaire le délai de trois mois.

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

Chapitre IV - Accidents

Article 20 - Déclaration

Tout accident qui peut donner lieu à l'application de la loi est déclaré par le sociétaire à la compagnie d'assurances dans les délais et dans la forme prescrits par la loi. Cette déclaration peut être faite soit par voie électronique, soit par écrit. Pour la déclaration électronique, vous pouvez utiliser l'outil sur notre site www.securex.be.

Un certificat médical doit, si possible, être joint à la déclaration, si non être adressé à la compagnie d'assurances dans les plus brefs délais.

Les formulaires à utiliser sont mis à disposition par la compagnie d'assurances.

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

Le sociétaire est tenu d'admettre dans son entreprise les délégués de la compagnie d'assurances chargés d'enquêter sur les circonstances des accidents et de leur permettre à cette fin, notamment, d'interroger tout membre du personnel.

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

Si le sociétaire ne remplit pas l'une des obligations précitées et qu'il en résulte un préjudice pour la compagnie d'assurances, celle-ci peut exercer contre le sociétaire une action en remboursement de sa prestation à concurrence du préjudice qu'elle a subi.

Si, dans une intention frauduleuse, le sociétaire n'a pas exécuté une des obligations précitées, l'action en remboursement porte sur la totalité des prestations effectuées par la compagnie d'assurances.

Dans les hypothèses prévues dans l'alinéa 7, la compagnie d'assurances peut résilier le contrat dans les conditions de l'Article 10, § 5 des conditions générales.

Article 21 - Procédure

La gestion des accidents et la gestion des litiges relatifs aux accidents reviennent exclusivement à la compagnie d'assurances. En conséquence, le sociétaire s'abstiendra de toute reconnaissance de responsabilité,

de tout paiement ou de toute promesse de paiement tant vis-à-vis des bénéficiaires que vis-à-vis du tiers responsable de l'accident. Le sociétaire ne peut transiger avec les tiers responsables de l'accident que si la compagnie d'assurances a donné son accord préalable. A défaut d'accord, tous actes, initiatives ou transactions du sociétaire ne sont pas opposables à la compagnie d'assurances.

La compagnie d'assurances n'est pas tenue de suivre les procès devant les juridictions répressives ni de prendre à sa charge les peines ou frais en résultant. Par contre, le sociétaire est tenu d'en avertir la compagnie d'assurances dès qu'il sera poursuivi. Le sociétaire doit transmettre à la compagnie d'assurances tous actes judiciaires et extra-judiciaires relatifs à l'accident, dès leur notification, leur signification ou leur remise au sociétaire, sous peine, en cas de négligence de tous dommages et intérêts dus à la compagnie d'assurances en réparation du préjudice qu'elle a subi. La compagnie d'assurances dispose d'un droit de recours contre le sociétaire dans la mesure où elle a indemnisé un bénéficiaire, alors qu'elle aurait pu refuser ou réduire ses prestations d'après la loi ou le contrat d'assurance.

Article 22 - Prévention des accidents et contrôle

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

Si le sociétaire refuse d'apporter à un état de choses reconnu défectueux au regard des dispositions légales ou contractuelles les améliorations qui seraient prescrites ou n'observe pas les règles générales en matière de sécurité, il pourra être soumis à une majoration de prime ou de cotisation de 15 %. En ce cas, la compagnie d'assurances peut également résilier le contrat d'assurance dans les conditions de l'Article 10, § 5 des conditions générales.

Est considéré comme un sinistre intentionnel au sens de l'Article 62, alinéa 1 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, le fait qu'un employeur cause intentionnellement l'accident du travail ou cause intentionnellement un accident qui entraîne un accident du travail.

Est considérée comme faute lourde au sens de l'Article 62 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances :

1° le manquement grave aux dispositions légales en

matière de prévention ayant fait l'objet de la part de la compagnie d'assurances d'une notification spécifique et préalable au sociétaire

2° le fait du sociétaire qui, ayant méconnu gravement les obligations que lui imposent les dispositions légales et réglementaires relatives à la sécurité et l'hygiène du travail, a exposé des travailleurs au risque d'accident du travail alors que les fonctionnaires désignés pour surveiller l'application desdites dispositions lui ont signalé par écrit le danger auquel il expose ces travailleurs

En ces cas, la compagnie d'assurances dispose contre le sociétaire d'une action en remboursement sur la totalité des prestations effectuées.

Chapitre V - Dispositions diverses

Article 23 - Notifications

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

Celles de la compagnie d'assurances au sociétaire sont faites valablement à l'adresse indiquée dans le contrat d'assurance ou à celle que le sociétaire aura ultérieurement notifiée.

Article 24 - Plaintes

Toute réclamation concernant l'application des dispositions du contrat d'assurance et l'application de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances peut être adressée à :

- Securex Accidents du travail - Service de plaintes, Verenigde-Natieslaan 1, 9000 Gent, claims.insurance@securex.be, ou

- à l'Ombudsman des Assurances, square de Meeûs 35, Bruxelles.

Ce type de réclamation n'exclut pas la possibilité pour le sociétaire d'engager une procédure judiciaire.

Toute plainte quant à l'application des dispositions reprises au contrat d'assurance et relatives à l'application

de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail et de ses arrêtés d'exécution, peut être adressée à Fedris, Avenue de l'Astronomie 1 à 1210 Bruxelles et ce, sans préjudice de la possibilité pour le sociétaire d'engager une procédure judiciaire.

Article 25 - Protection de la vie privée

Finalités du traitement des données à caractère personnel

Securex, en sa qualité de responsable du traitement, s'engage à traiter les données à caractère personnel qui lui sont transmises conformément au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (ci-après « règlement général sur la protection des données »), aux fins suivantes :

- Gérer l'assurance Accidents du travail à laquelle votre entreprise a souscrit auprès de Securex (y compris la gestion des primes et des indemnités) et en particulier le constat et l'évaluation des dommages corporels subis par les assurés
- Gérer le contentieux
- La réassurance
- La détection et la prévention de la fraude
- Le traitement à des fins statistiques

En ce qui concerne les données à caractère personnel de la personne de contact chez l'employeur, les finalités suivantes s'ajoutent :

- Réaliser des actions de marketing direct, notamment via courrier électronique
- Communiquer vos données à caractère personnel aux autres entités juridiques du Groupe Securex, et ce afin de leur permettre de vous adresser toute forme d'offre promotionnelle. La liste exhaustive des entités Securex peut être consultée sur www.securex.be ou peut être communiquée à première demande

Destinataires des données

Dans les limites de ce qui est prévu ci-dessus, Securex peut être amené à partager certaines données à caractère personnel avec les différentes entités juridiques du Groupe Securex. Securex peut aussi être amené à transmettre certaines données à caractère personnel aux autorités de

contrôle, à un autre assureur dans le cadre d'un recours, au réassureur, au co-assureur, à ses avocats, à des experts ou à des instances juridiques. Certaines des données sont par ailleurs transmises à ses sous-traitants, qui prestent certains services dans le strict contexte d'un contrat de sous-traitance et dans l'unique but de fournir de l'assistance technique à Securex.

Bases juridiques du traitement

Le fondement juridique du traitement des données réside dans le contrat d'assurance Accidents du travail de l'entreprise et dans l'obligation légale de Securex découlant de la Loi sur les Accidents du travail du 10 avril 1971 visant à dédommager les travailleurs victimes de dommages corporels consécutifs à un accident du travail.

En ce qui concerne le traitement en vue de la prévention de la fraude et de fins statistiques, le traitement se fonde sur l'intérêt légitime de Securex de prévenir la fraude à l'assurance et d'élaborer des statistiques.

En ce qui concerne l'activité de marketing direct, le traitement se fonde en outre sur l'intérêt légitime de Securex de promouvoir ses services, ainsi que les services des entités du Groupe Securex, auprès de ses clients.

Le traitement des informations relatives à la santé des assurés repose sur l'obligation légale de Securex de dédommager les travailleurs impliqués dans un accident du travail. Ces données sont traitées par notre service de gestion, sous la surveillance de notre médecin conseil.

Durée de conservation des données

Les données sont conservées par Securex pendant le temps nécessaire pour les finalités mentionnées ci-dessus et selon les dispositions légales en vigueur. Cette durée sera prolongée par le délai de prescription afin que Securex puisse faire face aux éventuels recours qui seraient engagés après la clôture du contrat.

Droits des personnes concernées

Les personnes concernées peuvent prendre connaissance des données et, le cas échéant, les faire rectifier au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'une photocopie recto verso de la carte d'identité, envoyée par mail à l'adresse privacy@securex.be ou par courrier à Securex Groupe, Data Protection Officer, Avenue de Tervueren 43, 1040 Bruxelles. Lesdites personnes peuvent en outre, selon les mêmes modalités, et dans les limites prévues par le Règlement général sur la protection des données, s'opposer au traitement de données ou demander la limitation de celui-ci. Elles peuvent aussi demander

l'effacement ou la portabilité des données les concernant. De plus amples informations peuvent être obtenues à la même adresse.

Pour les données personnelles de la personne de contact chez l'employeur, vous avez le droit de vous opposer, gratuitement, au traitement de vos données à caractère personnel envisagé à des fins de marketing direct au moyen des modalités mentionnées ci-dessus.

Une réclamation peut le cas échéant être introduite auprès de l'Autorité de protection des données.

Protection des données

Conformément à la législation en vigueur, Securex prévoit un niveau de protection adéquat de vos données à caractère personnel. Ces mesures comprennent des mesures techniques et organisationnelles requises pour protéger vos données à caractère personnel contre la destruction accidentelle ou non autorisée, contre la perte accidentelle ainsi que contre la modification, l'accès et tout autre traitement non autorisé de vos données à caractère personnel.

Néanmoins, Securex tient à vous informer qu'aucun système de sécurité ne peut garantir la sécurité à 100 %. Nous restons cependant à votre disposition pour toute question ou remarque par rapport à la confidentialité et sécurité de vos données à caractère personnel.

Extraits de la législation sur les accidents du travail

Loi du 10 avril 1971 - Mise à jour au 01-06-2017

Article 6

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

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

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

Article 10

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

Article 11

Outre l'indemnité pour frais funéraires, la compagnie 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 ; la compagnie d'assurances se charge aussi du transfert, en ce compris l'accomplissement des formalités administratives.

Article 12

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

1° au conjoint ni divorcé, ni séparé de corps au moment de l'accident, ou à la personne qui cohabitait légalement avec la victime au moment de l'accident ;

2° au conjoint ni divorcé, ni séparé de corps au moment du décès de la victime, ou à la personne qui cohabitait légalement avec la victime au moment du décès de celle-ci, à condition que :

- a) le mariage ou la cohabitation légale contractés après l'accident l'ait été au moins un an avant le décès de la victime ou,
- b) un enfant soit issu du mariage ou de la cohabitation légale ou,
- c) au moment du décès, un enfant soit à charge pour lequel un des conjoints ou des cohabitants légaux bénéficiait des allocations familiales.

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

Article 13

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

§ 2. Les enfants du conjoint de la victime, orphelins de père ou de la 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 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. L'établissement judiciaire de la filiation n'entre en ligne de compte pour l'application du présent article que dans la mesure où la procédure d'établissement de la filiation a été entamée avant la date du décès consécutif à l'accident du travail, sauf si l'enfant était conçu mais n'était pas encore né.

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

Article 14

§ 1. Les enfants adoptés par une seule personne 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 choisir 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.

Article 15

§ 1. Le père et la mère de la victime qui, au moment du décès, ne laisse ni conjoint, ni cohabitant légal, ni enfants bénéficiaires, reçoivent chacun une rente

viagère égale à 20 % de la rémunération de base.

Si la victime laisse, au moment du décès, un conjoint ou un cohabitant légal sans enfants bénéficiaires, la rente pour chacun des ayants droit visés à l'alinéa précédent est égale à 15 % de la rémunération de base.

Les adoptants ont les mêmes droits que les parents de la victime.

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

- 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

Article 16

Les petits-enfants de la victime qui ne laisse pas d'enfants bénéficiaires reçoivent, si leur père ou leur mère est décédé, une rente égale à 15 % de la rémunération de base, sans que l'ensemble ne puisse dépasser 45 % de ladite rémunération.

Si leur père et leur mère sont décédés, ils reçoivent une rente égale à 20 % de la rémunération de base pour chacun d'eux, sans que l'ensemble ne 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.

Article 17

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

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 la compagnie 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.

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 20 %.

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

Article 19

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

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

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

Article 20

Les ascendants, les petits-enfants, les frères et soeurs ne reçoivent la rente que s'ils profitaient directement de la rémunération de la victime.

Sont présumés tels ceux qui vivaient sous le même toit.

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

Article 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 de la victime, tant en espèces qu'en nature, les frais de son propre entretien ne sont pas pris en considération.

Article 21

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

Article 22

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

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

Article 23

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

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

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

- 1° si, non remise au travail, elle se soumet à un traitement qui lui est proposé en vue de sa réadaptation
- 2° si, non remise au travail, il ne lui est pas proposé de traitement en vue de sa réadaptation
- 3° si, pour un motif valable, elle refuse la remise au travail ou le traitement 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, au cas où elle suivrait le traitement.

Pendant le temps nécessaire à la procédure de remise au

travail visée par cet article, la victime a droit à l'indemnité d'incapacité temporaire et totale de travail.

Article 23bis

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

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

Article 24

Si la compagnie 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, la compagnie 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 la compagnie 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 la compagnie d'assurances suivant le modèle déterminé par le Roi. Si la victime ne se présente pas devant le médecin-conseil de la compagnie d'assurances sans avoir fait part d'un motif valable et après avoir été mise en demeure par la compagnie d'assurances par lettre recommandée, la compagnie 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 permanence; ce point de départ est constaté par voie d'accord entre parties ou par une décision passée 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 dix-neuf ans 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 la compagnie 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 passée 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 la compagnie d'assurances, dans un établissement hospitalier comme défini à l'article 2 de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987, l'allocation pour l'aide d'une tierce personne, visée à l'alinéa précédent, n'est plus due à partir du 91^e jour d'hospitalisation ininterrompue.

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

Article 24bis

Pour les accidents survenus avant le 1^{er} janvier 1988, la compagnie 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 de Fedris, dans un établissement hospitalier 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 Fedris, 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 de Fedris est calculé en fonction de cette incidence selon les conditions fixées par le Roi.

Article 24ter

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

Article 25

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

Article 25bis

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

Article 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 passée 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 de 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.

Article 27

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

L'alinéa 1^{er} est également d'application à Fedris.

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 à Fedris en application de l'article 45quater, alinéas trois et quatre.

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

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 de Fedris. Pour toutes les victimes et leurs ayants droit, les allocations de réévaluation et les réévaluations des allocations visées à l'article 27bis, dernier alinéa, dues à partir du 1^{er} janvier 2012 sont à charge de Fedris. Le Roi peut également mettre à charge de Fedris les allocations précitées qui seront payées pour la première fois après l'année 2012.

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 de Fedris, 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 de Fedris en faveur des personnes ayant droit à l'allocation spéciale en matière de prise en charge des périodes d'incapacité temporaire de travail, des frais inhérents aux soins médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et hospitaliers et aux appareils de prothèse et d'orthopédie nécessaires du fait de l'accident.

Article 28

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

Article 28bis

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

Pour les accidents survenus avant le 1^{er} janvier 1988, le coût des appareils de prothèse et d'orthopédie n'est à charge de la compagnie 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 la compagnie d'assurances à Fedris dans le mois qui suit l'homologation ou l'entérinement de l'accord ou la décision visée à l'article 24.

Article 29

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

- 1° l'employeur a institué à sa charge un service médical agréé par le Roi ou s'est affilié auprès d'un service médical agréé. Le Roi détermine les conditions de création, de fonctionnement et d'affiliation
- 2° l'employeur a désigné pour chaque type de soins fournis dans le service au moins trois dispensateurs de soins à qui la victime peut s'adresser, sauf pour ce qui est des premiers soins
- 3° la création du service ou l'affiliation auprès du service, les noms des dispensateurs de soins et la délimitation géographique de l'obligation de s'adresser au service médical sont mentionnés dans le règlement de travail ou, en ce qui concerne les gens de mer, au rôle d'équipage
- 4° les travailleurs sont consultés suivant les conditions fixées par le Roi

- 5° la victime est liée par un contrat de travail à l'employeur au service duquel l'accident a eu lieu

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

Article 31

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

Article 32

Au cours du traitement, la compagnie 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 p.c. par la compagnie d'assurances.

Article 33

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

Article 45

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

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

Le capital se calcule conformément au tarif fixé par le Roi et en fonction de l'âge de la victime ou de l'ayant droit au

premier jour du trimestre qui suit la décision du juge. A partir de cette date, des intérêts sont dus de plein droit sur ce capital.

Article 45bis

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

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

Article 45ter

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

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

Article 45quater

Pour les accidents survenus à partir du 1^{er} janvier 1988 dans les 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 passée 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 à Fedris, tel qu'il est prévu à l'article 51ter.

Ce règlement s'applique également aux accidents survenus à partir du 1^{er} janvier 1988 pour lesquels la victime a été déclarée guérie sans incapacité permanente de travail à partir du 1^{er} janvier 1994 ou pour lesquels la fixation du taux d'incapacité permanente de travail de 10 % ou plus se fait par un entérinement ou par une décision judiciaire visés à l'alinéa premier, dans le cas où les allocations annuelles et rentes sont fixées, après révision, sur la base d'un taux de moins de 10 %, soit par un accord-révision entériné, soit par une décision judiciaire passée 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 passée 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 liée, le cas échéant, à l'indice des prix à la consommation est versée en capital à Fedris, comme le prévoit l'article 51ter.

L'alinéa précédent s'applique également aux accidents pour lesquels la victime a été déclarée guérie sans incapacité permanente de travail à partir du 1^{er} janvier 1997 ou pour lesquels la fixation du taux d'incapacité permanente de travail de moins de 10 % ou de 16 % au moins se fait par un entérinement ou par une décision judiciaire visés à l'alinéa précédent, dans le cas où les allocations annuelles et rentes sont fixées, après révision, sur la base d'un taux de 10 % à moins de 16 %, soit par un accord-révision entériné, soit par une décision judiciaire passée 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 passée 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 à Fedris, comme le prévoit l'article 51ter.

L'alinéa précédent s'applique également aux accidents pour lesquels la victime a été déclarée guérie sans incapacité permanente de travail à partir du 1^{er} 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 passée en force de chose jugée.

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

Article 46

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

1° contre l'employeur qui a causé intentionnellement l'accident du travail ou causé intentionnellement

un accident ayant entraîné un accident du travail

- 2° contre l'employeur, dans la mesure où l'accident du travail a causé des dommages aux biens du travailleur
- 3° contre le mandataire ou le préposé de l'employeur qui a causé intentionnellement l'accident du travail
- 4° contre les personnes autres que l'employeur, ses mandataires ou préposés, qui sont responsables de l'accident
- 5° contre l'employeur, ses mandataires ou préposés, lorsque l'accident est survenu sur le chemin du travail
- 6° contre l'employeur, ses mandataires ou préposés lorsque l'accident est un accident de roulage. Par accident de roulage, on entend tout accident de la circulation routière impliquant un ou plusieurs véhicules, automoteurs ou non, et lié à la circulation sur la voie publique
- 7° contre l'employeur qui, ayant méconnu gravement les obligations que lui imposent les dispositions légales et réglementaires relatives au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, a exposé les travailleurs au risque d'accident du travail, alors que les fonctionnaires désignés pour surveiller l'application desdites dispositions en application de l'article 3 de la loi du 16 novembre 1972 concernant l'inspection du travail lui ont par écrit :
 - a) signalé le danger auquel il expose ces travailleurs
 - b) communiqué les infractions qui ont été constatées
 - c) prescrit des mesures adéquates

L'action en responsabilité civile ne peut pas être intentée contre l'employeur qui prouve que l'accident est également dû au non-respect, par le travailleur victime de l'accident, des instructions de sécurité que l'employeur lui a préalablement notifiées par écrit, alors que les moyens de sécurité nécessaires ont été mis à sa disposition.

§ 2. Indépendamment des dispositions du §1^{er}, la compagnie d'assurances reste tenue au paiement des indemnités résultant de la présente loi, dans les délais fixés aux articles 41 et 42.

La réparation en droit commun qui ne peut se rapporter à l'indemnisation des dommages corporels, telle qu'elle

est couverte par la présente loi, peut se cumuler avec les indemnités résultant de la présente loi.

Article 49

L'employeur est tenu de contracter une assurance contre les accidents du travail auprès d'une société 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 compagnies 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 au 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 la compagnie 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 la compagnie 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.

La compagnie 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 tous les ouvriers ou employés de son entreprise ou d'un siège d'exploitation de celle-ci ou tous les gens de maison à son service auprès d'entreprises.

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.

Article 50

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

Article 69

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

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

L'action en paiement des allocations visées aux articles 27bis, dernier alinéa, 27ter et 27quater, se prescrit trois ans après le premier jour qui suit la période de paiement à laquelle ces allocations se rapportent, pour autant que l'action principale en paiement des indemnités afférente à cette période ne soit pas prescrite. Pour les allocations accordées sur des indemnités afférentes à des périodes se situant avant le règlement de l'accident du travail par accord entériné ou par une décision judiciaire passée en force de chose jugée ou avant la révision visée à l'article 72, la prescription prend cours à la date de ce règlement ou de cette révision.

Les créances de Fedris à charge des débiteurs visés à l'article 59, 4°, se prescrivent par trois ans.

Dans les cas visés à l'article 24, alinéa 1, l'action en paiement des indemnités se prescrit par trois ans à dater de la notification de la décision de déclaration de guérison.

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 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 la compagnie 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.