

Conditions Générales

Assurance Accidents du Travail

Table des matières

Préambule	3
Chapitre I : But et étendue de cette assurance	4
Article 1 : Quel est l'objet de cette assurance ?	4
Article 2 : Quelle législation est applicable et quelle est l'étendue territoriale de cette assurance ?	4
Chapitre II : Description du risque assuré	5
Article 3 : Quel est le risque assuré ?	5
Article 4 : Que se passe-t-il en cas de modification du risque ?	5
Article 5 : Quel est notre droit de contrôle ?	6
Chapitre III : Prise d'effet, durée et fin du contrat d'assurance	7
Article 6 : Quand l'assurance prend-elle effet ?	7
Article 7 : Quelle est la durée du contrat ?	7
Article 8 : Que se passe-t-il quand il n'y a plus de personnel occupé ?	7
Article 9 : Que se passe-t-il en cas de changement de preneur d'assurance ?	7
Article 10 : Quand peut-on résilier l'assurance ?	7
Chapitre IV : La prime	9
Article 11 : Prime forfaitaire ou prime à décompte ?	9
Article 12 : Prime provisionnelle	9
Article 13 : Calcul et paiement de la prime	9
Article 14 : Comment déclarer les rémunérations et le nombre de personnes occupées ?	10
Article 15 : Que se passe-t-il lorsque l'état des rémunérations n'est pas rempli ?	10
Article 16 : Peut-on contrôler la déclaration des rémunérations et de personnel ?	10
Article 17 : Que se passe-t-il en cas de non-paiement de prime ?	10
Article 18 : Que se passe-t-il en cas de modification du tarif et/ou des conditions ?	11
Chapitre V : Sinistres	12
Article 19 : Comment déclarer un sinistre ?	12
Article 20 : Autres obligations	12
Chapitre VI : Dispositions complémentaires	13
Article 21 : Prévention des accidents et contrôle	13
Article 22 : Dans quels cas disposons-nous d'un recours ?	13
Article 23 : Communications et notifications	13
Chapitre VII : Définitions	14
Chapitre VIII : Extraits de la Loi sur les accidents du travail	15

Préambule

Objet du contrat

Le contrat « Accidents du travail » garantit le paiement des indemnités prévues par la Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

Votre contrat se compose de deux parties

Les **conditions générales** décrivent le fonctionnement de votre contrat et précisent nos engagements réciproques. Elles détaillent le contenu des garanties ainsi que les exclusions.

Les **conditions particulières** précisent les données de votre contrat qui vous sont personnelles. Elles mentionnent les garanties que vous avez souscrites, les montants que vous avez assurés ainsi que la prime à payer.

Comment consulter votre contrat ?

Le **lexique** vous donne la définition et la portée exacte des termes marqués d'un astérisque lorsqu'ils apparaissent pour la première fois dans ces conditions.

Où pouvez-vous vous renseigner ?

Si vous avez des questions ou des remarques à formuler à propos de votre contrat, n'hésitez pas à prendre contact avec votre courtier ou avec nos services. Ils mettront tout en oeuvre pour vous aider.

Si votre problème n'est pas résolu, vous pouvez vous adresser par écrit à :

AG Insurance sa
Service Gestion des Plaintes
Boulevard E. Jacquain 53
1000 Bruxelles
customercomplaints@aginsurance.be

Si la solution proposée par la compagnie ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez, sans préjudice de votre droit d'exercer un recours en justice, soumettre le litige à :

Ombudsman des Assurances
Square de Meeûs 35
1000 Bruxelles
www.ombudsman.as

Chapitre I : But et étendue de cette assurance

Article 1 : Quel est l'objet de cette assurance ?

Nous* garantissons aux assurés* l'intégralité des indemnités fixées par la Loi du 10 avril 1971, nonobstant toute exception, nullité ou déchéance dérivant de dispositions légales ou du contrat et cela jusqu'à ce que le contrat prenne fin.

La couverture du contrat vaut pour toutes les activités auxquelles les assurés sont occupés par vous. Toutefois, la garantie du contrat est limitée aux assurés faisant partie du siège d'exploitation pour lequel vous souscrivez le contrat.

Article 2 : Quelle législation est applicable et quelle est l'étendue territoriale de cette assurance ?

La loi belge est applicable au présent contrat qui est notamment régi par la Loi du 10 avril 1971 et par la Loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

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.

Chapitre II : Description du risque assuré

Article 3 : Quel est le risque assuré ?

Vous avez l'obligation de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes circonstances connues de vous et que vous devez raisonnablement considérer comme constituant pour nous des éléments d'appréciation du risque.

L'assurance est donc limitée à votre égard au risque découlant des activités décrites dans le contrat ou dans ses avenants, sur la base de ladite déclaration.

Lorsqu'une omission ou une inexactitude intentionnelles dans la déclaration nous induisent en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat d'assurance est nul. Les primes échues jusqu'au moment où nous avons eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelles nous sont dues.

Lorsque nous constatons une omission ou une inexactitude non intentionnelles dans la déclaration, nous proposons dans le délai d'un mois à compter du jour où nous en avons eu connaissance, la modification du contrat avec effet au jour où nous avons eu connaissance de cette omission ou inexactitude.

Si nous apportons la preuve que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque, nous pouvons résilier le contrat dans le même délai.

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

Si nous n'avons pas résilié le contrat, ni proposé sa modification dans les délais indiqués ci-dessus, nous ne pouvons plus nous prévaloir à l'avenir des faits qui nous sont connus.

En cas d'accident du travail, les dispositions suivantes sont d'application :

- si un accident survient et que vous n'avez pas rempli l'obligation de déclaration visée à l'alinéa 1, nous sommes tenu d'allouer à l'assuré les prestations déterminées dans la loi*.

En ce cas néanmoins, lorsque le défaut de déclaration peut vous être reproché, nous disposons contre vous d'une action en remboursement de notre prestation. Ce calcul se fera sur base du rapport entre la partie impayée de la prime totale due (c.-à-d., celle que vous auriez dû payer si vous aviez correctement déclaré le risque) et cette dernière prime ;

- si nous apportons la preuve que nous n'aurions 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 nous à l'assuré sous déduction de la totalité des primes payées ;
- si vous avez agi dans une intention frauduleuse, l'action en remboursement porte sur la totalité des prestations effectuées par nous à l'assuré. Dans ce cas, les primes échues jusqu'au moment où nous avons eu connaissance de la fraude, nous sont dues en outre à titre de dommages et intérêts.

Article 4 : Que se passe-t-il en cas de modification du risque ?

4.1. 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, nous aurions consenti l'assurance à d'autres conditions, nous sommes tenu d'accorder une diminution de la prime à due concurrence à partir du jour où nous avons eu connaissance de la diminution du risque.

Si nous ne parvenons pas à un accord sur la nouvelle prime dans un délai d'un mois à compter de votre demande de diminution, vous pouvez résilier le contrat.

4.2. Aggravation du risque

- 4.2.1. Vous avez l'obligation de déclarer en cours de contrat, dans les conditions de l'article 3 alinéa 1 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.

Vous devez notamment déclarer tout risque nucléaire ou de guerre auquel le personnel de l'entreprise viendrait à être exposé.

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, nous n'aurions consenti l'assurance qu'à d'autres conditions, nous devons, dans le délai d'un mois à compter du jour où nous avons eu connaissance de l'aggravation, proposer la modification du contrat avec effet rétroactif au jour de l'aggravation.

Si nous apportons la preuve que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque aggravé, nous pouvons résilier le contrat dans le même délai.

Si vous refusez la proposition de modification du contrat d'assurance ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, nous pouvons résilier le contrat dans les quinze jours.

Si nous ne résilions pas le contrat ou si nous ne proposons pas sa modification dans les délais indiqués ci-dessus, nous ne pouvons plus nous prévaloir à l'avenir de l'aggravation du risque.

- 4.2.2. Si un accident survient avant que la modification du contrat ou la résiliation ait pris effet et si vous avez rempli l'obligation de déclaration visée à l'article 4.2.1, nous sommes tenu d'allouer les prestations déterminées dans la loi.
- 4.2.3. Si un accident survient et que vous n'avez pas rempli l'obligation visée à l'article 4.2.1, nous sommes également tenu d'allouer les prestations déterminées dans la loi. En ce cas néanmoins, nous disposons contre vous du même recours que celui prévu à l'article 3.
- 4.2.4. Si vous avez agi dans une intention frauduleuse, l'action en remboursement porte sur la totalité des prestations effectuées par nous à l'assuré. Dans ce cas, les primes échues jusqu'au moment où nous avons eu connaissance de la fraude nous sont dues en outre à titre de dommages et intérêts.

Article 5 : Quel est notre droit de contrôle ?

Nous nous réservons 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. Dans ce but, nos délégués ont libre accès au sein de l'entreprise.

A notre demande, vous êtes en outre tenu de nous communiquer une copie du rapport annuel du Service de prévention et de protection au travail, établissant les taux de fréquence et de gravité des accidents des trois derniers exercices.

Nous sommes tenu à la plus grande discrétion.

A défaut pour vous de respecter ces obligations, nous pourrions mettre fin au contrat dans les conditions de l'article 10.4.9.

Chapitre III : Prise d'effet, durée et fin du contrat d'assurance

Article 6 : Quand l'assurance prend-elle effet ?

Le contrat d'assurance prend effet aux date et heure fixées dans les conditions particulières. En aucun cas, la garantie ne peut être accordée avec effet rétroactif.

Article 7 : Quelle est la durée du contrat ?

La durée du contrat d'assurance ne peut excéder un an. Avec l'accord des deux parties, elle peut toutefois être fixée à trois ans. La durée du contrat doit être prolongée, le cas échéant, de la période qui sépare la date d'effet du contrat du 1er janvier de l'année qui suit.

Sauf si 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 lorsque la durée du contrat est d'un an et de trois ans lorsque la durée du contrat est de trois ans.

Article 8 : Que se passe-t-il quand il n'y a plus de personnel occupé ?

Lorsque vous n'occupez plus de personnel assujéti à la loi, vous devez nous en aviser sans délai en précisant la date exacte à laquelle prend fin l'activité desdites personnes.

Sauf convention contraire, il sera mis fin au contrat d'assurance par lettre recommandée à la date communiquée par vous dont question ci-avant.

Article 9 : Que se passe-t-il en cas de changement de preneur d'assurance ?

9.1. Décès

En cas de transmission de l'intérêt assuré à la suite du décès du preneur d'assurance, 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 nous-mêmes pouvons notifier la résiliation du contrat, le premier, par lettre recommandée à la poste dans les trois mois et quarante jours du décès, nous-mêmes par lettre recommandée à la poste dans les trois mois du jour où nous avons eu connaissance du décès.

9.2. Faillite

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

Le curateur de la faillite et nous-mêmes avons néanmoins le droit de résilier le contrat.

Toutefois, nous ne pouvons résilier le contrat au plus tôt que trois mois après la déclaration de la faillite, tandis que le curateur de la faillite ne peut résilier le contrat que dans les trois mois qui suivent la déclaration de la faillite.

9.3. Autres hypothèses de changement de preneur d'assurance

En cas de transfert ou d'apport à titre gratuit ou onéreux, de transfert partiel ou total d'activités, d'absorption, fusion, dissolution ou liquidation, vous êtes tenu d'en faire immédiatement une déclaration à la compagnie.

La garantie reste acquise jusqu'à la date du transfert, de l'apport, de la dissolution ou de la liquidation, à condition que la prime soit payée.

Article 10 : Quand peut-on résilier l'assurance ?

10.1. Le contrat s'achève de plein droit :

10.1.1. à la date de la cessation définitive des activités de l'entreprise ;

10.1.2. à la date à laquelle nous cessons d'être agréé aux fins de la loi de pratiquer la branche « Accidents du Travail ».

10.2. La résiliation du contrat, tant par vous que par nous, se fait par lettre recommandée à la poste.

10.3. Vous pouvez résilier le contrat :

10.3.1. pour la fin de chaque période d'assurance conformément à l'article 7 ;

10.3.2. en cas de modification des conditions d'assurance et/ou du tarif conformément à l'article 18 ;

10.3.3. en cas de diminution du risque dans les conditions prévues à l'article 4.1.

10.4. Nous pouvons résilier le contrat :

10.4.1. pour la fin de chaque période d'assurance conformément à l'article 7 ;

10.4.2. en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque, selon les conditions prévues à l'article 3 ;

10.4.3. en cas de modification sensible et durable du risque selon l'article 4 ;

10.4.4. dans tous les cas de changement de preneur d'assurance visés à l'article 9 ;

10.4.5. lorsque vous restez en défaut de paiement de primes, surprimes ou accessoires selon l'article 17 ;

10.4.6. lorsque la déclaration des rémunérations n'a pas été remise dans les délais fixés dans le contrat d'assurance selon l'article 15 ;

10.4.7. en cas de défaut grave de prévention selon l'article 21 alinéa 2 et sans préjudice des dispositions de cet article ;

10.4.8. en cas de non-respect des obligations prévues à l'article 19 en ce qui concerne la déclaration de l'accident ;

10.4.9. dans les cas de non-respect des articles 5 et 16 organisant notre droit de contrôle du risque assuré et des déclarations de salaires ;

10.4.10. après chaque déclaration de sinistre pour les 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, conformément aux dispositions de l'article 10.6.

10.5. Dans tous les cas prévus aux 10.3 et 10.4, à l'exception du 10.3.2 et 10.4.5 et 10.4.10, nous restons tenu de la garantie du présent contrat jusqu'à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain du dépôt à la poste de la lettre recommandée. Dans le cas prévu au 10.3.2, les délais repris dans l'article 18 sont d'application. Dans le cas prévu au 10.4.5 les délais repris à l'article 17 sont d'application.

Nous remboursons les primes payées afférentes à la période d'assurance postérieure à la date de prise d'effet de la résiliation.

10.6. En cas de résiliation après une déclaration de sinistre, la résiliation n'est effective qu'à l'expiration de l'année d'assurance en cours sans que ce délai puisse être inférieur à trois mois à partir du moment de la signification de la résiliation par lettre recommandée à la poste.

La résiliation après sinistre 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.

10.7. 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 dans la mesure où il n'y est pas dérogé par la loi ou par les points précités.

Chapitre IV : La prime

Article 11 : Prime forfaitaire ou prime à décompte ?

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

11.2. La prime forfaitaire est fixée à la conclusion du contrat. Elle est payable par anticipation à l'échéance indiquée aux conditions particulières.

Article 12 : Prime provisionnelle

Lorsque la prime fait l'objet d'un décompte à terme échu, une prime provisionnelle doit être payée aux échéances indiquées dans les conditions particulières et pour la première fois lors de la prise d'effet du contrat.

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

Cette prime est égale au montant de la prime estimée à terme échu, prévu aux conditions particulières.

Lorsque la prime est calculée sur base du nombre de personnes occupées, la prime provisionnelle est calculée sur base du nombre de personnes occupées à la conclusion du contrat.

Lorsque la prime est calculée sur base des rémunérations des assurés, la prime provisionnelle est calculée sur base des rémunérations payées par vous au cours de l'année précédente ou, si votre entreprise est de création récente, d'après une évaluation établie de commun accord.

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

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

Article 13 : Calcul et paiement de la prime

13.1. Sauf stipulation particulière au contrat, lorsque la prime fait l'objet d'un décompte à terme échu, celle-ci est calculée sur base du nombre de personnes occupées ou sur base des rémunérations des assurés.

13.2. Lorsque la prime est calculée sur base du nombre de personnes occupées, la prime est déterminée en multipliant la prime de base par personne par le coefficient correspondant au nombre de personnes à assurer.

13.3. Lorsque la prime est calculée sur base des rémunérations des assurés, la prime est déterminée en multipliant le montant des rémunérations par le taux applicable à chacun des risques de l'entreprise.

Par rémunération des assurés, 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 un 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. Nous leur substituons le pourcentage visé par la législation en matière de vacances annuelles.

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

Pour les membres du personnel âgés de moins de 18 ans et les apprentis, même non rémunérés, la prime est calculée sur la rémunération moyenne des travailleurs majeurs de la catégorie professionnelle à laquelle ils auraient appartenu à leur majorité ou à l'expiration du contrat d'apprentissage, sauf si la rémunération effective est supérieure à la rémunération des travailleurs majeurs.

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, qu'à concurrence de ce maximum.

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

13.5. La prime définitive est payable dans les 30 jours de l'invitation à payer.

Article 14 : Comment déclarer les rémunérations et le nombre de personnes occupées ?

Vous (ou votre mandataire) devez nous déclarer les rémunérations et le nombre de personnes occupées.

Cette obligation est considérée comme exécutée par la déclaration électronique multifonctionnelle, dite DMFA, faite trimestriellement par vous ou votre 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 ou primes de base « ouvriers » et/ou plusieurs taux de primes ou primes de base « employés » sont repris au contrat et ce, selon les conditions et la fréquence définies dans le glossaire DMFA.

Toutefois nous nous réservons le droit de vous envoyer un état des rémunérations ou une déclaration de personnel, annuellement ou à l'expiration d'un délai plus court fixé dans les conditions particulières.

Vous (ou votre mandataire) devez nous renvoyer l'état des rémunérations dans les deux mois de la date d'envoi. En cas de modification du nombre de personnes occupées, vous êtes tenu de nous renvoyer la déclaration de personnel dans le même délai. Les renseignements à fournir sur les états de rémunérations et les déclarations de personnel doivent être ventilés par catégories de personnel, identiques à celles prévues par les conditions particulières du contrat, de façon à nous permettre de calculer correctement la prime d'assurance.

Article 15 : Que se passe-t-il lorsque l'état des rémunérations n'est pas rempli ?

Le non-respect de l'obligation de déclarer la rémunération permet, passé un délai de sommation, l'établissement d'un décompte d'office de la prime. Celle-ci est calculée en majorant de 50 % les rémunérations qui ont servi de base au calcul de la prime précédente ou, s'il s'agit du premier décompte, en majorant de 50 % les rémunérations déclarées à la conclusion du contrat.

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

Si vous ne respectez pas cette obligation, nous pourrions mettre fin au contrat dans les conditions de l'article 10.4.6 .

Article 16 : Peut-on contrôler la déclaration des rémunérations et de personnel ?

Nous nous réservons le droit de visiter l'entreprise assurée, de contrôler vos déclarations ou celles de votre mandataire et même de nous substituer à vous pour établir la déclaration.

A cet effet, vous vous engagez à mettre à notre disposition tous les documents et comptes individuels soumis au contrôle social ou fiscal. Nous disposons de cette faculté pendant les trois ans qui suivent la fin du contrat.

Si vous ne respectez pas cette obligation, nous pourrions mettre fin au contrat dans les conditions de l'article 10.4.9 .

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

Dans les cas où la déclaration comporterait des inexactitudes ou serait incomplète, nous sommes tenu d'indemniser les assurés sur base de la rémunération telle que définie par la loi, et nous disposons contre vous du même recours que celui prévu à l'article 3 . Pour autant que, dans le cadre du Forfait Accidents du travail, le recours soit fondé sur une déclaration de personnel inexacte ou incomplète ou sur une absence de déclaration -pour autant que la déclaration soit nécessaire- nous limitons notre recours comme indiqué dans les conditions particulières.

Article 17 : Que se passe-t-il en cas de non-paiement de prime?

17.1. Non-paiement de la prime

A défaut de paiement d'une prime, même provisionnelle, dans les 15 jours à compter du lendemain du dépôt à la poste de la mise en demeure par lettre recommandée, les garanties sont suspendues à l'expiration de ce délai et le contrat sera résilié à l'expiration d'un nouveau délai d'au moins 15 jours à compter du premier jour de la suspension.

En cas de non-paiement des sommes dues à l'échéance, une indemnité forfaitaire équivalente à la somme de 12,50 EUR (indice 111,31 août 2009 - base 2004=100) nous sera due, de plein droit et sans mise en demeure. Cette indemnité varie annuellement au 1er janvier en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation, sur base de l'indice du mois de décembre de l'année précédente. En aucun cas, le montant ne pourra être inférieur à 12,50 EUR.

17.2. Suspension des garanties

La suspension des garanties ne porte pas atteinte à notre droit de réclamer les primes venant ultérieurement à échéance, à condition que vous avez été mis en demeure conformément à l'alinéa 1. Dans ce cas, la mise en demeure rappelle la suspension de la garantie. Notre droit est toutefois limité aux primes afférentes à deux années consécutives.

Tant que dure la suspension, vous restez tenu de déclarer les rémunérations aux termes prévus par le contrat et nous envoyons les décomptes de primes sans pour autant être tenu à renouveler l'avertissement recommandé.

En cas de suspension de la garantie, nous disposons contre vous d'une action en remboursement de toute somme que nous aurons dû payer ou mettre en réserve en vertu de l'article 1.

Les garanties seront remises en vigueur le lendemain à zéro heure du jour du paiement intégral des primes dues.

Article 18 : Que se passe-t-il en cas de modification du tarif et/ou des conditions ?

Lorsque nous modifions les conditions d'assurance et/ou le tarif, nous pouvons adapter le contrat à l'échéance annuelle de la prime suivante.

Si nous vous avertissons de ces modifications au moins quatre mois avant l'échéance annuelle, vous avez le droit de résilier le contrat trois mois au moins avant cette échéance. De ce fait le contrat prend fin à cette échéance.

Si nous vous avertissons de ces modifications moins de quatre mois avant l'échéance annuelle, vous avez le droit de résilier le contrat dans un délai de trois mois à compter de la notification de ces modifications. Dans ce cas, le contrat prend fin à l'expiration d'un délai d'un mois, à compter du lendemain du dépôt à la poste de la lettre recommandée de résiliation, mais au plus tôt à la date d'échéance annuelle qui suit la notification de la modification.

La faculté de résiliation n'existe pas lorsque la modification du tarif ou des conditions d'assurance résulte d'une opération d'adaptation générale imposée par les autorités compétentes et qui, dans son application est uniforme pour toutes les compagnies.

Chapitre V : Sinistres

Article 19 : Comment déclarer un sinistre ?

Tout accident qui peut donner lieu à l'application de la loi, doit nous être déclaré par écrit par vous dans les délais et dans la forme prescrits par la loi.

Un certificat médical doit, si possible, être joint à la déclaration, sinon nous être adressé dans les plus brefs délais.

Nous mettons à votre disposition les formulaires à utiliser.

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

Vous êtes tenu d'admettre dans votre entreprise nos délégués 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.

Si vous ne remplissez pas une des obligations précitées et qu'il en résulte un préjudice pour nous, nous pouvons exercer contre vous une action en remboursement de notre prestation à concurrence du préjudice que nous avons subi.

Si, dans une intention frauduleuse, vous n'avez pas exécuté une des obligations précitées, l'action en remboursement porte sur la totalité des prestations effectuées par nous à l'assuré.

Dans les hypothèses prévues à l'alinéa 4, nous pouvons résilier le contrat dans les conditions de l'article 10.4.8.

Article 20 : Autres obligations

La gestion des accidents et la gestion des litiges relatifs aux accidents nous reviennent exclusivement. En conséquence, vous vous abstenrez de toute reconnaissance de responsabilité, de tout paiement ou de toute promesse de paiement tant vis-à-vis des assurés que vis-à-vis du tiers responsable de l'accident. Vous ne pouvez transiger avec les tiers responsables de l'accident que si nous avons donné notre accord au préalable. A défaut d'accord, tous actes, initiatives ou transactions de votre part ne nous sont pas opposables.

Nous ne sommes pas tenu de suivre les procès devant les juridictions répressives ni de prendre à notre charge les peines ou frais en résultant. Par contre, vous êtes tenu de nous en avertir, dès que vous serez poursuivi. Vous devez nous transmettre tous les actes judiciaires relatifs à l'accident, dès qu'ils vous sont notifiés, signifiés ou remis. Si vous ne respectez pas ces dernières dispositions, vous nous payerez tous dommages et intérêts en réparation du préjudice subi.

Chapitre VI : Dispositions complémentaires

Article 21 : Prévention des accidents et contrôle

Vous vous engagez à prendre toutes les mesures adéquates pour prévenir les accidents et à respecter toutes les dispositions légales et réglementaires relatives à la sécurité et à l'hygiène sur le lieu du travail.

Si vous restez en défaut de prendre les mesures nécessaires ou de respecter les dispositions susmentionnées, nous pouvons résilier le contrat dans les conditions de l'article 10.4.7.

En cas de manquement grave aux dispositions susmentionnées ayant fait l'objet de notre part ou de la part du fonctionnaire compétent d'une notification spécifique et préalable à votre égard, nous disposons contre vous d'une action en remboursement sur la totalité des prestations effectuées aux assurés.

Article 22 : Dans quels cas disposons-nous d'un recours ?

Dans les cas suivants, nous disposons, contre vous d'une action en remboursement des sommes que nous aurons dû payer ou mettre en réserve :

- omission ou inexactitude dans la description du risque à la conclusion du contrat (article 3) ;
- omission ou inexactitude dans la description du risque en cours du contrat (article 4.2.3 et 4.2.4) ;
- déclaration inexacte ou incomplète des rémunérations ou du nombre de personnes occupées (article 16 alinéa 5) ;
- non-paiement de prime (article 17) ;
- non-respect des obligations en matière de déclaration d'accident (article 19) ;
- le manquement grave aux dispositions légales en matière de prévention ayant fait l'objet de notre part ou de la part du fonctionnaire compétent d'une notification spécifique et préalable à votre égard (article 21).

Article 23 : Communications et notifications

Pour être valables, les communications ou notifications qui nous sont destinées doivent être faites à notre siège en Belgique, ou à l'adresse indiquée dans le contrat ou à celle que nous aurions ultérieurement notifiée.

Nos communications ou notifications qui vous sont adressées sont faites valablement - même à l'égard d'héritiers ou ayants droit - à l'adresse indiquée dans le contrat ou à celle que vous auriez ultérieurement notifiée.

Chapitre VII : 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.

Nous

AG Insurance sa, inscrite au Registre des personnes morales sous le numéro 0404.494.849 - établie à B-1000 Bruxelles, Boulevard E. Jacqmain 53.

Entreprise d'assurance agréée sous le numéro de code 0079.

Sous le contrôle de la Banque nationale de Belgique, Bd. de Berlaimont 14, 1000 Bruxelles.

L'accident

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

Vous

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

Les assurés

Les personnes occupées par l'employeur qui tombent sous l'application de la Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

Chapitre VIII : Extraits de la Loi sur les accidents du travail

Mise à jour le 01.06.2015

Article 6

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

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

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

Article 10

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

Article 11

Outre l'indemnité pour frais funéraires, l'entreprise d'assurance 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'assurance se charge aussi du transfert, en ce compris l'accomplissement des formalités administratives.

Article 12

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

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

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

Article 13

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

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

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

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

§5 (abrogé)

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

Article 14

- §1 Les enfants adoptés par une seule personne reçoivent une rente qui, pour chaque enfant, est égale à 20 % de la rémunération de base de l'adoptant décédé, sans que l'ensemble puisse dépasser 60 % de ladite rémunération.
- §2 Les enfants adoptés par deux personnes reçoivent, pour chaque enfant, une rente égale à :
- 15 % de la rémunération de base si l'un des adoptants survit à l'autre, sans que l'ensemble puisse dépasser 45 % de ladite rémunération ;
 - 20 % de la rémunération de base si l'un des adoptants est prédécédé, sans que l'ensemble puisse dépasser 60 % de ladite rémunération.
- §3 Les adoptés qui, conformément aux dispositions de l'article 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.

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 une rente viagère égale à 20 % de la rémunération de base.
- Si la victime laisse, au moment du décès, un conjoint ou un cohabitant légal sans enfants bénéficiaires, la rente pour chacun des ayants droit visés à l'alinéa précédent est égale à 15 % de la rémunération de base.
- Les adoptants ont les mêmes droits que les parents de la victime.
- §2 En cas de prédécès du père ou de la mère de la victime, chaque ascendant du prédécédé reçoit une rente égale à :
- 15 % de la rémunération de base s'il n'y a ni conjoint, ni cohabitant légal, ni enfants bénéficiaires ;
 - 10 % de la rémunération de base s'il y a un conjoint ou un cohabitant légal sans enfants bénéficiaires.

Article 16

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

Si leur père et leur mère sont décédés, ils reçoivent une rente égale à 20 % de la rémunération de base pour chacun d'eux, sans que l'ensemble puisse dépasser 60 % de ladite rémunération.

Toutefois, s'il existe des enfants bénéficiaires, les petits-enfants orphelins de père ou de mère ont, par souche, des droits égaux à ceux des enfants ; la rente accordée à chaque souche de petits-enfants est fixée à 15 % et partagée par tête.

Si les petits-enfants visés à l'alinéa précédent sont orphelins de père et de mère, la rente par souche est portée à 20 %.

La rente octroyée aux petits-enfants est diminuée du montant de la rente octroyée aux petits-enfants précités en raison d'un autre accident du travail.

Sont assimilés aux petits-enfants, pour autant qu'ils n'aient pas encore droit à une rente suite au même accident mortel du travail, les enfants pour lesquels des allocations familiales sont accordées du chef des prestations de la victime ou du conjoint ou du cohabitant légal, même si leurs père et mère sont encore en vie. Si la victime ne laisse pas d'enfants bénéficiaires, chacun d'eux 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 puisse dépasser 45 % de ladite rémunération.

Article 17 bis

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.

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 rémunérateur 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.

Article 19

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

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

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

Article 20

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

Sont présumés tels ceux qui vivaient sous le même toit.

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

Article 20 bis

Pour les ascendants, la rente reste due jusqu'au moment où la victime aurait atteint l'âge de 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.

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

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

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

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

Pendant le temps nécessaire à la procédure de remise au travail visée par cet article, la victime a droit à l'indemnité d'incapacité temporaire et totale de travail.

Article 23 bis

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

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

Article 24

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

Si l'incapacité est ou devient permanente, une allocation annuelle de 100 %, calculée d'après la rémunération de base et le degré d'incapacité, remplace l'indemnité journalière à dater du jour où l'incapacité présente le caractère de la permanence ; ce point de départ est constaté par voie d'accord entre parties ou par une décision coulée en force de chose jugée. Par dérogation aux dispositions du précédent alinéa, ladite allocation annuelle est diminuée de 50 % si le taux d'incapacité s'élève à moins de 5 % et de 25 % si le taux d'incapacité s'élève à 5 % ou plus, mais moins que 10 %.

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

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

En cas d'hospitalisation de la victime, à charge de l'entreprise d'assurances, dans un établissement hospitalier comme défini à l'article 2 de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987, l'allocation pour l'aide d'une tierce personne, visée à l'alinéa précédent, n'est plus due à partir du 91ème jour d'hospitalisation ininterrompue.

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

Article 24 bis

Pour les accidents survenus avant le 1er janvier 1988, l'entreprise d'assurance 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 91ème jour d'hospitalisation ininterrompue, ceci à concurrence de l'allocation pour l'aide d'une tierce personne visée à l'article 24, alinéa 4, majorée de l'indexation ou de l'allocation pour cette prestation.

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

Article 24 ter

Pour l'application des articles 24, alinéa 6, et 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 exercer temporairement la profession dans laquelle elle a été reclassée, elle peut prétendre, durant cette période aux indemnités prévues aux articles 22, 23 et 23 bis.

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

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

Article 25 bis

Pour les accidents survenus avant le 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 %.

Article 25 ter

L'employeur redevable d'une rémunération garantie, conformément aux articles 52, 70 ou 71 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail, à la victime d'un accident du travail survenu chez un autre employeur est subrogé dans les droits de la victime selon les modalités fixées par le Roi.

En l'occurrence, le Roi précise à qui seront payées les indemnités d'incapacité temporaire de travail relatives à la période couverte par la rémunération garantie.

Article 26

Si 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.

Article 27

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

Article 27 bis

Les rentes visées aux articles 12 à 17 et les allocations annuelles et rentes pour une incapacité de travail d'au moins 10 % 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 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 45 quater, alinéas trois et quatre.

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

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

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

Article 27 ter

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

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 1er janvier 2012 sont à charge du Fonds des Accidents du Travail. Le Roi peut mettre également à charge du fonds précité les allocations précitées qui seront payées pour la première fois après l'année 2012.

Article 27 quater

La victime d'un accident du travail et les ayants droit visés aux articles 12 à 17 inclus, peuvent prétendre à une allocation spéciale à charge du Fonds des accidents du travail, s'ils fournissent la preuve que l'accident ne donnait pas lieu, au moment du fait dommageable, à une réparation comme accident du travail ou comme accident sur le chemin du travail, alors que l'application de la loi au moment de la demande aurait donné lieu à l'octroi d'une rente.

Le Roi fixe le montant et les modalités d'octroi de l'allocation spéciale, ainsi que les conditions d'intervention du Fonds en faveur des personnes ayant droit à l'allocation spéciale en matière de prise en charge des périodes d'incapacité temporaire de travail, des frais inhérents aux soins médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et hospitaliers et aux appareils de prothèse et d'orthopédie nécessaires du fait de l'accident.

Article 28

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

Article 28 bis

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

Pour les accidents survenus avant le 1er janvier 1988, le coût des appareils de prothèse et d'orthopédie n'est à charge de l'entreprise d'assurance 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'assurance au Fonds des accidents du travail dans le mois qui suit l'homologation ou l'entérinement de l'accord ou de 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, les frais sont à la charge de l'entreprise d'assurances suivant les conditions et suivant le tarif fixés par le Roi.

Article 30

(abrogé)

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, 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 p.c. par l'entreprise d'assurances.

Artikel 32 bis

L'entreprise d'assurances prend en charge les frais de réadaptation professionnelle et de recyclage dont elle et la victime reconnaissent la nécessité du fait de l'accident du travail. Elle prend en charge les frais si la reconnaissance se fait à une date précédant la date de déclaration de guérison sans incapacité permanente de travail visée à l'article 24, alinéa 1er, ou la date à laquelle l'incapacité présente le caractère de la permanence visé à l'article 24, alinéa 2.

Le Roi fixe les frais de réadaptation professionnelle et de recyclage qui entrent en ligne de compte pour la prise en charge, les conditions auxquelles l'entreprise d'assurances et la victime donnent leur accord, ainsi que les tarifs sur la base desquels les frais sont pris en charge.

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

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

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

Article 45 bis

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

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

Article 45 ter

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

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

Article 45 quater

Pour les accidents survenus à partir du 1er janvier 1988 dans le cas desquels la fixation du taux d'incapacité permanente de travail de moins de 10 % se fait, soit par entérinement de l'accord à une date à partir du 1er janvier 1994, soit par une décision

judiciaire coulée en force de chose jugée, à une date à partir du 1er janvier 1994, la valeur de l'allocation annuelle et de la rente est versée en capital au Fonds des accidents du travail, tel qu'il est prévu à l'article 51 ter.

Ce règlement s'applique également aux accidents survenus à partir du 1er janvier 1988 pour lesquels la victime a été déclarée guérie sans incapacité permanente de travail à partir du 1er janvier 1994 ou pour lesquels la fixation du taux d'incapacité permanente de travail de 10 % ou plus se fait par un entérinement ou par une décision judiciaire 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 1er janvier 1997, soit par une décision judiciaire passant en force de chose jugée à une date à partir du 1er janvier 1997, la valeur d'une allocation annuelle ou d'une rente liée, 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 1er janvier 1997 ou pour lesquels la fixation du taux d'incapacité permanente de travail de moins de 10 % ou de 16 % au moins se fait par un entérinement ou par une décision judiciaire visés à l'alinéa précédent, dans le cas où les allocations annuelles et rentes sont fixées, après révision, sur 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 pc à 19 pc inclus se fait soit par entérinement de l'accord à une date à partir du 1er décembre 2003, soit par une décision judiciaire coulée en force de chose jugée à une date à partir du 1er 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 51ter

L'alinéa précédent s'applique également aux accidents pour lesquels la victime a été déclarée guérie sans incapacité permanente de travail à partir du 1er décembre 2003 ou pour lesquels la fixation du taux d'incapacité de travail de moins de 16 p.c. ou de plus de 19 p.c. 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 pc à 19 pc 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 1er, n'est pas d'application.

Article 45 quinquies

A 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.

Article 49

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

- 1° est autorisée aux fins de l'assurance contre les accidents du travail ou peut exercer l'assurance contre les accidents du travail en Belgique par l'intermédiaire d'une succursale ou en régime de libre prestation de services conformément à la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances;
- 2° satisfait à toutes les règles et conditions imposées par la présente loi.

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

Sauf si l'une des parties s'y oppose par lettre recommandée déposée à la poste au moins trois mois avant l'arrivée du terme du contrat, celui-ci est reconduit tacitement pour des période successives d'un an. La présente disposition n'est pas applicable aux contrats d'assurance d'une durée inférieure à un an.

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

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

Dans le cas où l'entreprise d'assurance 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'assurance 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'assurance agréé avec lequel il n'a aucun lien juridique ou commercial.

Article 49 bis

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

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

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

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

L'entreprise d'assurances fait rapport au Fonds des accidents du travail sur les mesures de prévention proposées ainsi que sur le respect par l'employeur concerné desdites mesures et sur sa collaboration. Un rapport à ce sujet est présenté au comité de gestion du Fonds après avis du Comité technique de la prévention. Le Fonds met l'information à la disposition de la Direction générale Contrôle du bien-être au travail du Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale. Le Roi détermine, sur la proposition des ministres qui ont les accidents du travail et les contrats d'assurance parmi leurs compétences et par arrêté délibéré en Conseil des ministres :

- 1° la fréquence, la gravité, le seuil, qui ne peut pas être inférieur à cinq fois la fréquence et la gravité moyenne, et la durée de la période d'observation visés à l'alinéa 1er;
- 2° le calcul, la période d'imputation et les modalités d'application de la contribution forfaitaire de prévention, qui ne peut être inférieure à 3.000 euros ni supérieure à 15.000 euros. Ces montants sont liés à l'indice des prix à la consommation de la manière déterminée par le Roi;
- 3° les entreprises à la charge desquelles la contribution forfaitaire de prévention peut être perçue, compte tenu d'un nombre minimum d'accidents du travail survenus pendant la période d'observation;
- 4° les modalités de constatation et de notification à l'entreprise d'assurances par le Fonds des accidents du travail, ainsi que le mode de présentation du rapport au Fonds des accidents du travail;
- 5° les modalités de notification du risque aggravé à l'employeur;
- 6° les modalités de notification des mesures de prévention proposées à l'employeur, aux conseillers en prévention interne ou externe et, selon le cas, au comité pour la prévention et la protection au travail, à la délégation syndicale ou aux travailleurs visés au chapitre VIII de la loi du 4 août 1996 sur le bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail;
- 7° le montant et les conditions d'application de la majoration visée à l'alinéa 3.
- 8° les modalités d'application du présent article en cas d'occupation d'intérimaires.
- 9° les conditions et les modalités selon lesquelles une réclamation peut être déposée auprès du Comité de gestion du Fonds, ainsi que les conditions selon lesquelles cette réclamation suspend le recouvrement de la contribution forfaitaire de prévention.

Article 49 ter

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

Par dérogation aux articles 30, alinéa 1er, et 31, § 1er, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, 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 29 et 30 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

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

Article 49 quater

(L'entrée en vigueur a été annulée par l'arrêt du Conseil d'Etat du 21-05-2010.)

Article 50

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

Article 69

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

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

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

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 1er janvier 2009. Les créances du Fonds des accidents du travail à charge des débiteurs visés à l'article 59.4, se prescrivent par trois ans.

Dans les cas visés à l'article 24, alinéa 1er, 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 introduit dans les trois ans qui suivent la date de l'homologation ou de l'entérinement de l'accord entre les parties ou de la décision ou de la notification visée à l'article 24 ou de la date de l'accident si l'incapacité temporaire de travail ne dépasse pas sept jours et si l'entreprise d'assurances déclare la victime guérie sans incapacité permanente de travail.

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.