

Conditions Générales

Assurance Accidents Corporate Accident Plus - Top Collective Business

Table des matières

Préambule	4
1. Objet et étendue de l'assurance	5
1.1 Généralités	5
Article 1 : Quel est l'objet de cette assurance ?	5
Article 2 : Quelle est l'étendue territoriale de cette assurance et quelle est la législation applicable ?	5
Article 3 : Terrorisme	5
Article 4 : Existe-t-il une limite d'âge ?	5
1.2 Accidents de la vie professionnelle	6
Article 5 : Quel est l'objet de cette garantie ?	6
Article 6 : Quels sont les accidents visés ?	6
1.3 Accidents de la vie privée	6
Article 7 : Quel est l'objet de cette garantie ?	6
Article 8 : Quels sont les accidents visés ?	6
Article 9 : Inactivité temporaire	6
Article 10 : Dans quels cas l'assurance ne s'applique-t-elle pas ?	6
2. Les formules d'indemnisation	8
2.1 L'indemnisation type Loi	8
Article 11 : Règle générale	8
Article 12 : La rémunération conventionnelle prise en considération	8
Article 13 : En cas de décès	8
Article 14 : En cas d'incapacité permanente de travail	8
Article 15 : En cas de frais médicaux	8
Article 16 : Règles complémentaires en cas d'accident de la vie privée	8
2.2 L'indemnisation type multiplicateurs	9
Article 17 : Règle générale	9
Article 18 : La rémunération conventionnelle prise en considération	9
Article 19 : Que prévoit la garantie décès ?	9
Article 20 : Que prévoit la garantie invalidité permanente de travail ?	10
Article 21 : Que prévoit la garantie incapacité temporaire de travail ?	10
Article 22 : Que prévoit la garantie frais médicaux ?	10
Article 23 : L'état antérieur	11
Article 24 : Quand les indemnités sont-elles versées ?	11
Article 25 : Disposons-nous d'un droit de recours contre les responsables ?	11
2.3 Garantie Welfare	11
Article 26 : Montant des frais complémentaires	11

Article 27 : Que prévoit la garantie garde d'enfants ?	11
Article 28 : Les frais funéraires	11
Article 29 : Les frais de recherche et de sauvetage	12
Article 30 : Les frais de rapatriement	12
Article 31 : Assistance psychologique	12
Article 32 : Dommage esthétique	12
Article 33 : Intervention en faveur de la qualité de vie	12
3. Dispositions administratives communes à toutes garanties	13
3.1 La déclaration du risque	13
Article 34 : Que faut-il déclarer ?	13
Article 35 : Comment le contrat peut-il être adapté ?	13
Article 36 : Que faire en cas de sinistre ?	13
Article 37 : En cas de fraude	13
Article 38 : En cas de diminution du risque	13
3.2 La vie du contrat	14
Article 39 : Quand l'assurance prend-elle effet ?	14
Article 40 : Quelle est la durée de l'assurance ?	14
Article 41 : Que se passe-t-il en cas de modification des primes et/ou des conditions d'assurance ?	14
Article 42 : Que se passe-t-il en cas de changement de preneur ?	14
Article 43 : Quand l'assurance peut-elle être résiliée ?	14
Article 44 : A qui les communications doivent-elles être adressées ?	15
3.3 Paiement de la prime	15
Article 45 : Prime forfaitaire ou prime à décompte	15
Article 46 : Prime provisionnelle	15
Article 47 : Comment déclarer les rémunérations et le nombre de personnes ?	15
Article 48 : Comment payer la prime ?	16
Article 49 : Que se passe-t-il en cas de non-paiement de la prime ?	16
3.4 Les sinistres	16
Article 50 : Que faire en cas de sinistre ?	16
Article 51 : Quels sont les contrôles que nous pouvons effectuer ?	16
Article 52 : Cumul des indemnités	17
Article 53 : Contestations d'ordre médical	17
Article 54 : Abandon de recours	17
Article 55 : Quelles sanctions pouvons-nous appliquer ?	17
Lexique	18

Préambule

Ce contrat est un contrat tous risques

Nous assurons tous les accidents au sens des présentes conditions, dans la mesure où ils ne sont pas explicitement exclus.

Quelles sont les garanties et les formules d'indemnisation prévues par votre contrat ?

Le présent contrat comprend deux garanties :

- accidents de la vie professionnelle
- accidents de la vie privée

Chaque garantie peut être souscrite séparément.

Deux formules d'indemnisation sont prévues :

- type loi
- type multiplicateurs

La formule type multiplicateurs peut être complétée d'une garantie 'welfare'.

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.

La rubrique Lexique indique le sens et la portée exacte d'un certain nombre de notions qui sont marquées d'un astérisque dans le texte.

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. Jacqmain 53
1000 Bruxelles
E-mail : 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

1. Objet et étendue de l'assurance

1.1 Généralités

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

Cette assurance garantit le paiement des indemnités stipulées dans ce contrat en cas d'accident survenu à l'assuré*, au cours de sa vie professionnelle* et/ou privée* selon l'option prévue aux conditions particulières.

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

La garantie est acquise dans le monde entier. La loi belge est applicable au présent contrat qui est notamment régi par la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

Article 3 : Terrorisme

3.1 Adhésion à TRIP

Nous couvrons, dans certains cas, les dommages causés par des actes de terrorisme. Nous sommes membre à cette fin de l'ASBL TRIP, dont le siège social est établi à 1000 Bruxelles, square de Meeûs 29. Conformément à la loi du 1^{er} avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, l'exécution de tous les engagements de l'ensemble des entreprises d'assurances membres de l'ASBL est limitée à 1 milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par tous les événements reconnus comme relevant du terrorisme, survenus pendant cette année civile.

Ce montant est adapté le 1^{er} janvier de chaque année, à l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui de décembre 2005. En cas de modification légale ou réglementaire de ce montant de base, le montant modifié sera automatiquement applicable dès la prochaine échéance suivant la modification, sauf si le législateur a prévu explicitement un autre régime transitoire.

Si le total des indemnités calculées ou estimées excède le montant cité dans le précédent alinéa, une règle proportionnelle est appliquée : les indemnités à payer sont limitées à concurrence du rapport entre le montant cité dans le précédent alinéa ou les moyens encore disponibles pour cette année civile et les indemnités à payer imputées à cette année civile.

3.2 Régime de paiement

Conformément à la loi susmentionnée du 1^{er} avril 2007, le Comité décide si un événement répond à la définition de terrorisme. Afin que le montant cité au paragraphe ci-avant ne soit pas dépassé, ce Comité fixe, six mois au plus tard après l'événement, le pourcentage de l'indemnisation que les entreprises d'assurances membres de l'ASBL doivent prendre en charge en conséquence de l'événement. Le Comité peut revoir ce pourcentage. Le Comité prend, au plus tard le 31 décembre de la troisième année suivant l'année de survenance de l'événement, une décision définitive quant au pourcentage d'indemnisation à payer. L'assuré ou le bénéficiaire ne peut prétendre, envers nous, à l'indemnisation qu'après que le Comité ait fixé le pourcentage. Nous payons le montant assuré conformément au pourcentage fixé par le Comité.

Si le Comité diminue le pourcentage, la réduction de l'indemnité ne sera pas applicable aux indemnités déjà payées, ni aux indemnités restant à payer pour lesquelles nous avons déjà communiqué notre décision à l'assuré ou au bénéficiaire. Si le Comité relève le pourcentage, l'augmentation de l'indemnité s'applique pour tous les sinistres déclarés découlant de l'événement reconnu comme relevant du terrorisme. Lorsque le Comité constate que le montant cité au paragraphe ci-avant ne suffit pas à indemniser l'ensemble des dommages subis ou lorsque le Comité ne dispose pas d'éléments suffisants pour déterminer si ce montant suffit, les dommages aux personnes sont indemnifiés en priorité. L'indemnisation des dommages moraux intervient après toutes les autres indemnisations.

Toute limitation, exclusion et/ou tout étalement dans le temps de l'exécution de nos engagements, définis dans un arrêté royal, s'appliquera conformément aux modalités prévues dans cet arrêté royal.

Article 4 : Existe-t-il une limite d'âge ?

Les garanties prennent fin sans autre formalité à l'expiration de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré a atteint l'âge de 75 ans, sauf disposition contraire des conditions particulières.

1.2 Accidents de la vie professionnelle

Article 5 : Quel est l'objet de cette garantie ?

Cette garantie prévoit le paiement des indemnités stipulées dans ce contrat en cas d'accident survenu à l'assuré* au cours de sa vie professionnelle*.

La garantie ne s'applique pas lorsque l'accident est la conséquence :

- du pilotage d'un avion ou d'un hélicoptère si vous n'avez pas une expérience en qualité de pilote d'au moins 100 heures de vol ;
- de l'usage en tant que pilote ou passager d'un appareil de navigation aérienne à l'occasion de compétitions, exhibitions, essais de vitesses, raids, vols, d'entraînements, records ou tentatives de records, vols d'essais en vue d'obtenir une licence sans accompagnateur.

Article 6 : Quels sont les accidents visés ?

La notion d'accident est interprétée conformément à la Loi*.

1.3 Accidents de la vie privée

Article 7 : Quel est l'objet de cette garantie ?

Cette garantie prévoit le paiement des indemnités stipulées dans ce contrat en cas d'accident* survenu à l'assuré* au cours de sa vie privée*.

Article 8 : Quels sont les accidents visés ?

La notion d'accident est définie dans le Lexique. Sont assimilés à un accident, les hernies, les ruptures ou déchirures musculaires, les distorsions, foulures ou luxations qui sont la conséquence directe d'un effort physique intense et qui se manifestent d'une manière immédiate et soudaine.

Article 9 : Inactivité temporaire

Cette garantie reste acquise aux assurés qui se trouvent temporairement dans l'impossibilité de travailler pour cause de maladie, de congé de maternité, ou d'accident.

Les indemnités sont calculées sur la base de la rémunération convenue. Pour l'incapacité de travail temporaire, aucune indemnité ne sera toutefois payée.

Article 10 : Dans quels cas l'assurance ne s'applique-t-elle pas ?

Cette garantie n'est pas acquise dans les cas suivants:

- a) L'accident est la conséquence d'un acte délibéré ou intentionnel dans le chef de l'assuré ou du bénéficiaire.
Les opérations de sauvetage de personnes, d'animaux ou de biens ne sont pas considérées comme des actes intentionnels.
La garantie n'est pas acquise en cas de suicide ou de tentative de suicide.
- b) L'accident est survenu à l'occasion de paris, de défis ou d'actes notoirement téméraires* de l'assuré ;
- c) L'accident est dû au fait que l'assuré se trouvait en état d'ivresse ou de déséquilibre mental ou qu'il se trouvait sous l'influence de stupéfiants.
Dans le cadre d'un accident de la circulation, sera considéré comme état d'ivresse, toute situation dans laquelle une personne présente un taux d'alcoolémie supérieur à 2,5 fois le taux légal autorisé. L'état d'ivresse peut ressortir d'autres éléments.
- d) L'accident consiste en coups de soleil, refroidissements, gelures ou un épuisement sauf s'ils sont la conséquence d'un accident assuré ou de l'interruption anormale et accidentelle d'un voyage à bord d'un véhicule terrestre, maritime ou aérien ou d'une tentative de sauvetage de personnes, d'animaux ou de biens ;
- e) L'accident est la conséquence de la pratique rémunérée d'un sport, le terme «rémunéré» devant être interprété au sens de la Loi*.

- f) L'accident est la conséquence :
- de l'utilisation, en tant que conducteur ou passager, d'un moyen de locomotion à moteur au cours de la participation à une compétition ou à une exhibition si des normes de temps ou de vitesse ont été imposées ou choisies, ou encore au cours d'un entraînement ou d'un essai en vue de telle épreuve;
 - de la participation à une compétition organisée de cyclisme, de sports d'hiver, de sports de combat ou de défense, ou à un entraînement ou un essai en vue de telle compétition.
- g) L'accident est la conséquence :
- de la pratique d'un sport extrême comme par exemple le cliff diving, le saut à ski, l'escalade sportive sans assurage, le free running, le benji, etc. ;
 - de la pratique d'un sport de l'air comme par exemple le saut en parachute, le parapente, le deltaplane, le vol à voile, le vol en ULM, etc. Vous êtes par contre bien couvert si vous exécutez ces sauts ou ces vols en compagnie d'un instructeur ou d'un pilote qui dispose des brevets nécessaires. Vous êtes également couvert en tant que passager ou conducteur d'une montgolfière.
- h) L'accident est la conséquence :
- de la navigation d'un avion ou d'un hélicoptère si vous n'avez pas une expérience en qualité de pilote d'au moins 100 heures de vol ;
 - de l'usage d'un appareil de navigation aérienne à l'occasion de compétitions, exhibitions, essais de vitesses, raids, vols d'entraînements, records ou tentatives de records, vols d'essais en vue d'obtenir une licence sans accompagnateur.
- i) L'accident est survenu dans le pays où le siège d'exploitation assuré est établi et est la conséquence d'un conflit armé* ou d'émeutes* auxquels l'assuré a pris une part active.
- j) L'accident est la conséquence d'un conflit armé* ou d'émeutes* à l'étranger et
- l'assuré a pris une part active à ces événements OU
 - l'Etat belge a recommandé de quitter le territoire, sauf si l'assuré peut démontrer qu'il n'était pas en mesure de le faire OU
 - l'Etat belge a interdit de se rendre sur le territoire de ce pays.
- k) L'accident résulte de propriétés radioactives, toxiques, explosives ou dangereuses de combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs.
- La garantie restera acquise en cas d'accident survenu au cours de visites occasionnelles pour autant que l'assuré ne participe pas aux recherches ou aux manipulations d'éléments radioactifs.
- La garantie est également acquise en cas de terrorisme et en cas de rayonnement médical nécessité par un accident couvert.
- l) L'accident s'est produit lors d'une catastrophe naturelle* dans le pays où le siège d'exploitation assuré est établi sauf s'il est établi qu'il n'y a aucun lien de cause à effet entre ces événements et les dommages.

2. Les formules d'indemnisation

2.1 L'indemnisation type Loi

Article 11 : Règle générale

Une indemnisation type Loi est une indemnisation sur base des mêmes critères que ceux prévus par la Loi*, sous les réserves reprises ci-dessous.

Article 12 : La rémunération conventionnelle prise en considération

- En cas d'accident régi par la Loi*, la rémunération prise en considération est, sauf mention contraire aux conditions particulières, égale à la portion comprise entre le maximum légal au moment de l'accident et le maximum prévu au contrat.
- En cas d'accident* non régi par la Loi*, la rémunération prise en considération est celle figurant dans les conditions particulières.

Article 13 : En cas de décès

Nous versons le capital représentatif de la rente non indexée, établi suivant les mêmes principes que la Loi*, mais calculé selon le barème d'application sur les capitaux à payer au comptant, en vigueur au moment de l'accident.

Article 14 : En cas d'incapacité permanente de travail

Dès que les parties ont marqué accord sur le taux d'incapacité permanente, l'allocation est remplacée par le capital représentatif de la rente non indexée, établi suivant les mêmes principes que la Loi*, mais calculé selon le barème d'application sur les capitaux à payer au comptant en vigueur au moment de l'accident. Il est précisé qu'aucune rechute, ni aggravation de l'incapacité permanente n'est encore à charge de l'assureur après paiement du capital.

Article 15 : En cas de frais médicaux

En cas d'accident régi par la Loi*, les frais médicaux sont uniquement remboursés par l'assurance Loi, sauf si une couverture complémentaire pour frais médicaux est prévue dans les conditions particulières.

Le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, hospitaliers, de prothèse, d'orthopédie et de déplacement, en relation causale avec l'accident, est pris en charge au plus tard jusqu'à l'expiration du délai de révision prévu par la loi sur les accidents du travail.

Ces frais seront remboursés sur présentation des justificatifs des frais exposés. Si l'assuré a bénéficié d'un remboursement de ces frais en vertu de la législation sur la Sécurité sociale ou d'un autre contrat d'assurance, nous interviendrons après déduction du montant desdits remboursements.

Article 16 : Règles complémentaires en cas d'accident de la vie privée

Lorsqu'il s'agit d'un accident de la vie privée, les règles suivantes sont d'application :

- a. Toutes les indemnités sont payées hors indexation.
- b. Le degré d'invalidité permanente est défini conformément aux dispositions du Barème Officiel Belge des Invalidités en fonction des séquelles observées, compte non tenu de la profession ou des activités de l'assuré.
Nous versons au bénéficiaire le capital prévu par le contrat proportionnellement au degré d'invalidité permanente retenu.
- c. En ce qui concerne la garantie incapacité temporaire de travail : si, dans le cadre d'un accident, l'assuré perçoit une indemnité en vertu de la Législation sur la Sécurité sociale, nous n'interviendrons qu'après déduction du montant total des indemnités en question.

Cette indemnité est payée à partir de la date d'incapacité précisée sur le certificat médical, compte tenu du délai de carence prévu aux conditions particulières.

Les indemnités sont payées au bénéficiaire sauf si ces indemnités ont trait à une période d'incapacité temporaire de travail rémunérée par vous. Dans ce cas, elles vous seront intégralement versées. Les conditions particulières peuvent déroger à cette règle.

- d. En ce qui concerne la garantie frais médicaux, nous remboursons les frais de traitement médicalement nécessaires prestés ou prescrits par un médecin légalement habilité à pratiquer en ce compris les frais consécutifs à une hospitalisation ou un traitement de chirurgie esthétique ainsi que les frais de transport justifiés par le traitement médical.

L'assuré a droit au remboursement des frais de réparation ou de remplacement des prothèses et appareils orthopédiques existants auxquels l'accident a causé des dégâts, même si l'accident n'a pas causé de lésions corporelles. Il a également droit une seule fois au remboursement du prix d'achat des nouvelles prothèses et des appareils orthopédiques qui sont médicalement nécessaires. Le remboursement de ces frais est limité au montant défini conformément aux directives du Fonds des Accidents du travail ou, à défaut, au tarif de l'Assurance Maladie-Invalidité.

Ces frais sont pris en charge jusqu'à la guérison des séquelles avec un maximum de trois ans.

Ces frais seront remboursés sur présentation des justificatifs des frais exposés. Si l'assuré a bénéficié d'un remboursement de ces frais en vertu de la législation sur la Sécurité sociale ou d'un autre contrat d'assurance, nous interviendrons après déduction du montant desdits remboursements.

Notre intervention pour un même accident et un même assuré est limitée au plafond prévu aux conditions particulières.

2.2 L'indemnisation type multiplicateurs

Article 17 : Règle générale

Pour être d'application, les différentes garanties doivent être mentionnées aux conditions particulières. Les conditions d'indemnisation sont fonction de ce qui est précisé aux conditions particulières.

Article 18 : La rémunération conventionnelle prise en considération

- En cas d'accident régi par la Loi*, la rémunération prise en considération est, sauf mention contraire aux conditions particulières, égale à la portion comprise entre le maximum légal d'application au moment de l'accident et le maximum prévu au contrat.
- En cas d'accident* non régi par la Loi*, la rémunération prise en considération est celle figurant aux conditions particulières.

Article 19 : Que prévoit la garantie décès ?

• Ayants droit

Les ayants droit sont :

- soit le conjoint non divorcé ni séparé de corps, ni séparé de fait ou le cohabitant légal dans le sens de la Loi* ; à défaut de conjoint ou de cohabitant légal dans le sens de la Loi*, les enfants qui sont appelés à hériter ; à défaut de conjoint, de cohabitant légal dans le sens de la Loi* et d'enfant, les héritiers légaux selon leurs droits respectifs dans la succession à l'exception de l'Etat;
- soit le(s) bénéficiaire(s) indiqué(s) dans les conditions particulières. Dans ce cas, l'ordre des bénéficiaires repris ci-dessus n'est pas d'application. En cas de décès préalable du bénéficiaire indiqué dans les conditions particulières ou de décès simultané de l'assuré et de ce bénéficiaire, l'ordre des bénéficiaires repris ci-dessus est de nouveau d'application.

• Indemnisation

Lorsque le décès de l'assuré est la conséquence directe de l'accident ou résulte d'une cause secondaire que l'accident a aggravée et telle que, sans cette aggravation, le décès ne se serait pas produit, nous payons le capital prévu aux ayants droit.

Lorsque le décès, en relation causale avec l'accident, survient dans un délai de trois ans à partir du jour de l'accident, nous payons aux ayants droit précités la différence éventuelle entre le capital prévu au contrat pour le cas de décès et le montant déjà payé au titre de l'invalidité permanente.

Si le capital déjà payé au titre d'incapacité permanente est plus élevé que le capital prévu au contrat en cas de décès aucun remboursement n'est exigé.

• Disparition

En cas de disparition de l'assuré suite à un accident couvert, la disparition sera assimilée à un décès si l'assuré n'a pas réapparu dans un délai de trois ans à partir du jour de l'accident.

Si l'assuré est retrouvé en vie après le paiement de l'indemnité prévue, toutes les sommes que nous avons payées à ce titre seront remboursées par les bénéficiaires.

Article 20 : Que prévoit la garantie invalidité permanente de travail ?

• Consolidation

L'état de l'assuré est considéré comme définitif et le degré de l'invalidité permanente est fixé sur cette base au plus tard à l'expiration d'un délai de trois ans, prenant cours à la date de l'accident.

Pour les accidents tombant dans le champ d'application de la Loi* la date de consolidation sera celle fixée dans le cadre de la procédure accidents du travail.

• Degré d'invalidité

Le degré d'invalidité permanente est défini conformément aux dispositions du Barème Officiel Belge des invalidités, en fonction des séquelles observées et indépendamment de la profession ou des activités de l'assuré.

Nous versons alors au bénéficiaire le capital prévu par la police proportionnellement au degré d'invalidité permanente retenu.

Pour les accidents tombant dans le champ d'application de la Loi*, le degré d'incapacité permanente de travail sera fixé aux termes de la procédure accidents du travail.

• Contestation d'ordre médical au sujet du degré d'invalidité permanente

En ce cas nous payons à la demande de l'assuré, une provision correspondant à la moitié du capital calculé sur la base du degré d'invalidité permanente que nous proposons.

• Décès indépendant de l'accident avant la fixation de l'invalidité permanente

Lorsque, avant la fixation du taux d'invalidité permanente, un assuré décède pour une cause indépendante de l'accident, nous réglons l'indemnité prévue pour l'invalidité permanente sur la base du taux minimum dont l'assuré serait resté atteint.

Article 21 : Que prévoit la garantie incapacité temporaire de travail ?

Si l'assuré se trouve temporairement dans l'incapacité de travailler, nous versons une indemnité journalière dont le montant est défini aux conditions particulières.

Cette indemnité sera payée à compter de la date du début de l'incapacité de travail figurant sur le certificat médical, compte tenu du délai de carence prévu aux conditions particulières.

Cette indemnité est due jusqu'à la reprise des activités professionnelles de l'assuré sauf disposition contraire des conditions particulières. Si l'assuré n'interrompt pas complètement ses occupations professionnelles ou dès qu'il peut les reprendre partiellement, l'indemnité est réduite proportionnellement.

Lorsque, dans le cadre de l'accident, l'assuré a droit à des remboursements en vertu de la législation sur la Sécurité sociale, nous n'intervenons qu'après déduction du montant total des indemnités visées.

Les indemnités journalières sont versées au bénéficiaire* sauf si ces indemnités portent sur une période d'incapacité temporaire rémunérée par vous. Dans ce cas, les indemnités vous sont intégralement versées. Les conditions particulières peuvent déroger à cette règle.

Article 22 : Que prévoit la garantie frais médicaux ?

Nous remboursons les frais de traitement médicalement nécessaires, prescrits ou prestés par un médecin légalement habilité à pratiquer, en ce compris les frais d'hospitalisation et de chirurgie esthétique ainsi que les frais de transport justifiés par un traitement médical.

L'assuré a droit au remboursement des frais de réparation ou de remplacement des prothèses et appareils orthopédiques existants auxquels l'accident a causé des dégâts, même si l'accident n'a pas causé de lésions corporelles. Il a également droit une seule fois au remboursement du prix d'achat des nouvelles prothèses et des appareils orthopédiques qui sont médicalement nécessaires.

Le remboursement est limité au montant défini par les directives du Fonds des Accidents du travail ou, à défaut, au tarif de l'Assurance Maladie-Invalidité.

Ces frais sont pris en charge jusqu'à la guérison avec un maximum de trois ans. Ils sont remboursés sur présentation des justificatifs des frais exposés. Si l'assuré a bénéficié d'un remboursement de ces frais en application de la législation sur la Sécurité sociale ou d'un autre contrat d'assurance, nous n'intervenons qu'après déduction du montant total de ces remboursements.

Notre intervention est limitée, par accident et par personne, au plafond défini dans les conditions particulières.

Article 23 : L'état antérieur

Les indemnités dues par nous portent exclusivement sur les conséquences immédiates de l'accident. Lorsqu'une lésion due à l'accident a atteint un organe, un membre ou une fonction déjà limité, nous indemnisons la perte fonctionnelle, tenant compte de la déduction pour l'invalidité préexistante.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux accidents tombant dans le champ d'application de la Loi*.

Article 24 : Quand les indemnités sont-elles versées ?

- Les frais médicaux sont remboursés sur présentation des justificatifs des frais exposés.
- L'indemnité pour incapacité temporaire de travail est payée mensuellement à terme échu.
- Le capital pour invalidité permanente est payé au bénéficiaire dans un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle nous recevons de l'assuré, de ses parents ou de son tuteur si l'assuré est mineur, la convention écrite relative au degré définitif d'invalidité permanente.
- Le capital décès est versé dans un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle nous recevons les justificatifs demandés et après réception de la quittance signée.
- En cas de contestation portant sur tout autre aspect que le degré d'incapacité de travail, les indemnités seront versées dans un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle nous acceptons de prendre le sinistre en charge ou de la date à laquelle la décision judiciaire relative au litige a acquis force de chose jugée.

Article 25 : Disposons-nous d'un droit de recours contre les responsables ?

Nous renonçons à tout recours contre les tiers auteurs ou civilement responsables de l'accident sauf pour les frais médicaux. Pour les frais médicaux nous sommes subrogés dans les droits de la personne qui a exposé ces frais, contre les tiers auteurs ou responsables de l'accident. Sauf en cas de malveillance, nous n'avons aucun recours contre:

- d'une part vous-même, votre conjoint et les personnes faisant partie de votre ménage et
- d'autre part les descendants et les ascendants de l'assuré, son conjoint et ses alliés en ligne directe, ainsi que les personnes vivant à son foyer, ses hôtes et les membres de son personnel domestique.

Toutefois nous pouvons exercer un recours contre ces personnes dans la mesure où leur responsabilité est effectivement garantie par un contrat d'assurance.

Notre accord préalable expresse est obligatoire pour accorder un abandon de recours à cet égard. Cet article est également d'application aux garanties décrites aux articles 28 à 31 de ces conditions.

2.3 Garantie Welfare

Article 26 : Montant des frais complémentaires

La garantie Welfare est optionnelle. Les interventions prévues aux articles 27 à 33 s'ajoutent au montant maximum prévu par la Formule type Multiplicateurs et sont liées à l'indice des prix à la consommation, avec indice de base janvier 2003 = 111,55.

Article 27 : Que prévoit la garantie garde d'enfants ?

En cas d'hospitalisation de l'assuré à la suite d'un accident couvert, nous versons un montant forfaitaire de 15,00 EUR par jour d'hospitalisation avec un maximum de 300,00 EUR à titre de remboursement des frais liés à la garde des enfants de moins de 15 ans.

Nous intervenons également dans les frais de garde des enfants de moins de 15 ans victimes d'un accident* couvert et qui, comme l'atteste un certificat médical, sont dans l'impossibilité de fréquenter l'école.

L'intervention s'élève à 15,00 EUR par jour avec un max. de 300,00 EUR par accident.

La garantie garde d'enfants n'est pas applicable tant que l'enfant est hospitalisé.

Article 28 : Les frais funéraires

En cas de décès de l'assuré des suites d'un accident* couvert, nous remboursons les frais funéraires à concurrence de 5.000,00 EUR à la personne qui a payé ces frais sur base des justificatifs qui nous sont présentés.

Article 29 : Les frais de recherche et de sauvetage

Nous prenons également en charge les frais de recherche et de sauvetage des assurés à la suite d'un accident couvert à concurrence de 1.000,00 EUR par assuré.

Ces frais sont remboursés à la personne qui les a acquittés, sur la base des justificatifs qui nous sont présentés.

Article 30 : Les frais de rapatriement

En cas d'accident* survenant à l'étranger, nous prenons en charge les frais d'hôtel supplémentaires ainsi que les frais de rapatriement médicalement nécessaires.

Les frais de rapatriement de la dépouille mortelle sont également remboursés.

L'intervention est plafonnée à 2.000,00 EUR par assuré.

Ces frais sont remboursés à la personne qui les a acquittés sur la base des justificatifs qui nous sont présentés.

Article 31 : Assistance psychologique

Nous remboursons les frais d'assistance psychologique à la suite d'un accident* couvert

- tant en faveur de l'assuré
- qu'en faveur du conjoint, du cohabitant légal dans le sens de la Loi* et/ou des enfants vivant sous le même toit en cas d'accident* survenu à l'assuré et qui entraîne la mort de l'assuré ou une invalidité permanente dans son chef. Cette invalidité doit atteindre au moins 50 % selon l'avis de notre médecin-conseil.

Notre intervention n'est acquise que dans la mesure où l'assistance a commencé dans les six mois suivant l'accident.

Cette intervention s'élève à 1.000,00 EUR par sinistre et est accordée sur la base des justificatifs.

Article 32 : Dommage esthétique

En cas d'accident* couvert, nous versons également à l'assuré une indemnité pour le dommage esthétique mentionné dans le rapport de consolidation.

Cette intervention est de 1.000,00 EUR par degré.

Ce montant est doublé pour les dommages esthétiques atteignant au moins 4 sur une échelle de 1 à 7 degrés.

Article 33 : Intervention en faveur de la qualité de vie

Nous indemnisons l'assuré qui, à la suite d'un accident* couvert, est victime d'une invalidité permanente d'au moins 30 % : pour chaque degré d'invalidité, un montant de 200,00 EUR est accordé avec une franchise anglaise* de 30 %.

3. Dispositions administratives communes à toutes garanties

3.1 La déclaration du risque

Article 34 : Que faut-il déclarer ?

- **A la conclusion du contrat**

Toutes les circonstances dont vous avez connaissance et que vous devez raisonnablement considérer comme constituant pour nous des éléments d'appréciation du risque. Vous devez nous informer entre autres de tous les renseignements concernant votre activité professionnelle et celle des autres assurés.

- **En cours de contrat**

Dans les plus brefs délais, toutes les circonstances nouvelles ou les modifications de circonstances dont vous avez connaissance et que vous devez raisonnablement considérer comme étant de nature à entraîner une aggravation sensible et durable du risque assuré.

Vous êtes tenu de nous déclarer toute activité nouvelle, aussi bien temporaire que durable. La couverture ne sera acquise qu'après notre consentement écrit.

Article 35 : Comment le contrat peut-il être adapté ?

Dans un délai d'un mois à compter du jour où nous avons eu connaissance d'une description inexacte ou incomplète du risque ou d'une aggravation de celui-ci, nous pouvons :

- proposer une modification du contrat qui prendra effet :
 - au jour où nous avons eu connaissance de la description inexacte ou incomplète du risque à la conclusion du contrat ;
 - rétroactivement au jour de l'aggravation du risque en cours de contrat, que vous ayez ou non déclaré cette aggravation ;
- résilier le contrat si nous apportons la preuve que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque.

Si vous refusez la proposition de modification du contrat ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, vous ne l'avez pas acceptée, nous pouvons résilier le contrat dans les 15 jours.

Article 36 : Que faire en cas de sinistre ?

Nous effectuerons la prestation convenue si l'omission ou l'inexactitude commise dans la description du risque ne peut vous être reprochée.

Par contre, si cette omission ou inexactitude peut vous être reprochée, nous effectuerons la prestation selon le rapport entre la prime payée et celle que vous auriez dû payer si vous aviez correctement décrit le risque dont la nature réelle est révélée par le sinistre.

Toutefois, si nous apportons la preuve que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque, nous nous limiterons à rembourser la totalité des primes payées depuis le moment où le risque est devenu inassurable.

Article 37 : En cas de fraude

Si une omission ou une inexactitude est intentionnelle et nous induit en erreur sur les éléments d'appréciation du risque,

- à la conclusion du contrat, celui-ci sera nul ;
- en cours de contrat, nous pourrions le résilier si nous apportons la preuve que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque.

Toutes les primes échues jusqu'au moment où nous avons eu connaissance de la fraude nous seront dues à titre de dommages et intérêts et, en cas de sinistre, nous pourrions refuser la garantie.

Article 38 : En cas de diminution du risque

Lorsque le risque assuré a diminué de façon sensible et durable au point que, si la diminution avait existé au moment de la conclusion du contrat, nous aurions consenti l'assurance à d'autres conditions, nous diminuerons 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 nous mettre d'accord sur la nouvelle prime dans un délai d'un mois à compter de la demande de diminution que vous avez formulée, vous pouvez résilier le contrat.

3.2 La vie du contrat

Article 39 : Quand l'assurance prend-elle effet ?

L'assurance prend effet à la date et à l'heure fixées aux conditions particulières.

Article 40 : Quelle est la durée de l'assurance ?

L'assurance est conclue pour la durée définie aux conditions particulières.

A la fin de la période d'assurance, le contrat 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 sauf si l'une des parties le résilie conformément aux modalités de résiliation prévues par l'article 43 au moins trois mois avant l'expiration de la période en cours.

Article 41 : Que se passe-t-il en cas de modification des primes et/ou des conditions d'assurance ?

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

Si vous êtes averti de la modification au moins quatre mois avant l'échéance annuelle de la prime, vous avez le droit de résilier le contrat 3 mois au moins avant cette échéance. De ce fait le contrat prend fin à cette échéance.

Si vous êtes averti de la modification moins de 4 mois avant l'échéance annuelle de la prime, vous avez le droit de résilier le contrat dans un délai de 3 mois à compter de la notification de la modification. Dans ce cas, le contrat prend fin à l'expiration d'un délai d'un mois, à compter du lendemain de la signification ou de la date du récépissé ou, dans le cas d'une lettre recommandée, à compter du lendemain de son dépôt à la poste, mais au plus tôt à la date d'échéance annuelle de la prime qui suit la notification de 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.

Article 42 : Que se passe-t-il en cas de changement de preneur ?

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 de nous en faire immédiatement une déclaration.

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 43 : Quand l'assurance peut-elle être résiliée ?

• Par vous :

- pour la fin de chaque période d'assurance conformément à l'article 40 ;
- après chaque déclaration de sinistre mais au plus tard un mois après notre notification du paiement ou du refus de paiement de l'indemnité ;
- en cas de modification des conditions d'assurance et/ou du tarif conformément à l'article 41 ;
- en cas de diminution du risque conformément à l'article 38 ;
- lorsqu'un délai supérieur à un an s'écoule entre la date de sa conclusion et celle de sa prise d'effet. Dans ce cas, vous devez notifier la résiliation au plus tard 3 mois avant la prise d'effet du contrat.

• Par nous :

- pour la fin de chaque période d'assurance conformément à l'article 40 ;
- en cas de déclaration d'une modification du risque conformément à la procédure décrite à l'article 35 ;
- si vous n'avez pas correctement décrit le risque, conformément à la procédure décrite à l'article 37 ;
- en cas de non-paiement de la prime conformément à l'article 49 ;
- après chaque déclaration de sinistre mais au plus tard un mois après le paiement ou le refus de paiement de l'indemnité ;
- en cas de défaut de déclaration de salaire comme prévu à l'article 47.

- **De plein droit**

- à la date à laquelle l'entreprise met définitivement fin à ses activités ;
- à la date de la liquidation en cas de faillite ou de la liquidation à l'amiable de l'entreprise.

- **Modalités de résiliation**

La résiliation se fait soit par lettre recommandée, soit par lettre remise au destinataire contre récépissé, soit par exploit d'huissier de justice. Sauf dispositions contraires prévues dans le présent contrat, la résiliation n'a d'effet qu'à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la signification ou de la date du récépissé ou, dans le cas d'une lettre recommandée, à compter du lendemain de son dépôt à la poste.

La résiliation après sinistre prend effet trois mois à compter du lendemain de la signification, du lendemain de la date du récépissé ou du lendemain de la date du dépôt de l'envoi recommandé de la résiliation sauf si vous ou un bénéficiaire avez manqué à l'une des obligations nées du sinistre dans l'intention de nous tromper. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois à compter du lendemain de sa notification à condition que nous ayons déposé plainte contre une de ces personnes devant un juge d'instruction avec constitution de partie civile ou que nous l'ayons citée devant la juridiction de jugement, sur la base des articles du Code pénal prévus à cet effet.

Nous remboursons la portion de prime correspondant à la période postérieure à la date de prise d'effet de la résiliation.

Article 44 : A qui les communications doivent-elles être adressées ?

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.

3.3 Paiement de la prime

Article 45 : Prime forfaitaire ou prime à décompte

La prime est forfaitaire ou fait l'objet d'un décompte à terme échu. La prime forfaitaire est fixée à la conclusion du contrat. Elle est payable par anticipation à l'échéance indiquée aux conditions particulières.

Article 46 : 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.

La prime provisionnelle doit être payée dans les 30 jours qui suivent l'invitation à payer et elle sera affectée au paiement de tout ou partie de la prime définitive.

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

Article 47 : Comment déclarer les rémunérations et le nombre de personnes ?

Vous (ou votre mandataire) devez nous déclarer dans un délai de deux mois à compter de la fin de chaque période d'assurance, une déclaration signée de votre main reprenant le nombre de personnes occupées ou toutes les rémunérations accordées aux assurés au cours de la période d'assurance écoulée.

Le non-respect de l'obligation de déclarer les rémunérations 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 la base des rémunérations réelles afin de régulariser votre compte.

Cette procédure ne porte en aucun cas préjudice à notre droit de résilier le contrat conformément aux dispositions de l'article 43.

Article 48 : Comment payer la prime ?

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

Article 49 : Que se passe-t-il en cas de non-paiement de la prime ?

49.1 Non-paiement de la prime

Nous vous adresserons, par exploit d'huissier ou par lettre recommandée, un rappel valant mise en demeure.

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) sera due par vous à nous, de plein droit et sans mise en demeure. Cette indemnité varie annuellement au 1^{er} 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.

A défaut de paiement de la prime, même provisoire, dans les 15 jours à compter du lendemain de cette mise en demeure, toutes les garanties prévues au contrat seront 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.

49.2 Suspension des garanties

Si les garanties ont été suspendues, les primes venant à échéance pendant la période de suspension nous restent dues à condition que vous ayez été mis en demeure comme indiqué ci-avant. Nous ne pouvons toutefois pas vous réclamer les primes afférentes à plus de deux années consécutives. Les garanties seront remises en vigueur au moment du paiement effectif et intégral des primes dues.

3.4 Les sinistres

Article 50 : Que faire en cas de sinistre ?

a. La déclaration

Vous devez nous envoyer la déclaration d'accident dans les 10 jours suivant l'accident ou aussi rapidement que cela peut raisonnablement se faire.

Tout accident mortel doit être déclaré dans les 24 heures.

La déclaration des accidents bénins n'entraînant ni incapacité de travail ni intervention médicale n'est pas nécessaire.

b. Les certificats

Dans les 10 jours suivant le début de l'incapacité de travail, l'assuré est tenu de nous adresser un certificat de premier constat du médecin traitant.

Les certificats médicaux relatifs à l'accident, au traitement, à l'état actuel ou antérieur de l'assuré de même que tous les renseignements que nous demandons, doivent nous parvenir dans les 10 jours. Toutes les attestations médicales concernant votre état de santé doivent être envoyées à l'attention de notre médecin-conseil.

c. Les soins médicaux

En cas d'accident, les soins d'un médecin autorisé à pratiquer doivent être prodigués à l'assuré jusqu'à ce que toutes les possibilités de guérison soient épuisées.

Nous ne répondons pas de l'aggravation des conséquences d'un accident qui résulterait du retard apporté à demander l'assistance médicale ou du refus de l'assuré de suivre le traitement médical indiqué.

Article 51 : Quels sont les contrôles que nous pouvons effectuer ?

Lorsque nous recevons une déclaration de sinistre, nous avons le droit de contrôler les déclarations qui y figurent.

Vous et l'assuré doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour que nos représentants aient à tout moment accès à vos locaux et pour que les médecins puissent vérifier toutes les déclarations et s'acquitter de toutes les missions jugées utiles.

Ce droit peut même être exercé après l'expiration du contrat.

L'assuré doit également permettre à ses médecins traitants de communiquer à nos médecins-conseils toutes les informations qu'ils possèdent en ce qui concerne son état de santé.

Article 52 : Cumul des indemnités

Les indemnités journalières d'incapacité temporaire de travail sont payées sans préjudice des indemnités dues en cas de décès ou d'invalidité permanente.

Sauf en cas d'application de l'article 19, un même accident ne pourra en aucun cas donner lieu au cumul des indemnités dues en cas de décès ou d'incapacité permanente, tant dans le cadre de la vie privée que professionnelle.

Article 53 : Contestations d'ordre médical

En cas de désaccord au sujet d'un traitement médical, de la durée et/ou du degré de l'incapacité temporaire de travail, de l'origine et/ou du degré de l'invalidité permanente ou de la cause du décès, les parties s'en remettront aux avis conformes de deux médecins, l'un étant désigné par l'assuré, l'autre par nous.

En cas de divergence d'opinion, un troisième expert, dont la voix sera prépondérante sera choisi par les deux médecins ou à défaut par le Président du Tribunal de Première Instance du domicile de l'assuré (ou à défaut de domicile en Belgique, par le Président du Tribunal de Première Instance du lieu où le siège social de l'entreprise assurée est établi) à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie paie les honoraires de son médecin; ceux du troisième expert, ainsi que les frais des examens médicaux complémentaires sont payés de frais communs.

Article 54 : Abandon de recours

Même en cas d'accident de la vie professionnelle, les indemnités et frais ne seront payés qu'en échange d'une déclaration d'abandon de recours et de renoncement à toute forme de plainte dans le chef de l'assuré ou de l'un de ses ayants droit contre votre responsabilité civile ou celle des personnes morales auxquelles vous avez accordé un abandon de recours.

Article 55 : Quelles sanctions pouvons-nous appliquer ?

Si vous manquez à l'une des obligations qui vous sont imposées par l'article 50 a. et b. nous sommes en droit, si nous subissons un préjudice de ce fait, de réduire nos prestations à concurrence du préjudice subi.

Nous pouvons refuser notre garantie si vous avez intentionnellement omis de remplir vos obligations.

Lexique

Accident

L'événement soudain qui produit une lésion corporelle et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de la victime.

Terrorisme

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

Acte notoirement téméraire

Acte volontaire ou négligence exposant sans raison valable son auteur à un danger dont il aurait dû avoir conscience.

Assuré

- Chacune des personnes employées par le preneur d'assurance, appartenant aux catégories décrites aux conditions particulières ou exerçant des fonctions identiques ou similaires.
- Les personnes occupées par le preneur d'assurance qui sont temporairement inactives pour cause de maladie, de congé de maternité, ou d'accident sont également considérées comme des assurés.
- Les bénévoles au service de l'employeur pour autant qu'ils soient désignés aux conditions particulières.

Bénéficiaire

Toute personne appelée à recevoir les indemnités prévues au contrat. Pour les indemnités incapacité temporaire ou permanente, le bénéficiaire est l'assuré, sauf disposition contraire des conditions particulières.

Catastrophes naturelles

Dans ce contrat les catastrophes naturelles sont les événements suivants : tempête et grêle, pression de la neige et de la glace, tremblement de terre, inondation.

Conflit armé

Tout cas de confrontation entre états ou parties organisées faisant appel à des moyens militaires.

Sont assimilés à des conflits armés les cas d'intervention d'une force de maintien de la paix des Nations Unies.

Consolidation

Moment à partir duquel l'atteinte corporelle devient médicalement définitive.

Emeutes

Actes de violence localisés plus ou moins organisés se produisant au sein d'un état.

Franchise anglaise

L'invalidité permanente donne lieu à une indemnisation, pour autant que celle-ci soit supérieure ou égale à un pourcentage fixé aux conditions particulières. Dans ce cas, l'invalidité permanente sera intégralement prise en charge.

Nous

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

Loi

La Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, ainsi que toutes les extensions, modifications et arrêtés d'exécution de celle-ci.

Vous

L'employeur, la personne physique ou morale qui conclut le contrat d'assurance.

Vie privée

Temps écoulé hors de la vie professionnelle et consacré à des activités non rémunérées.

Vie professionnelle

Temps consacré aux activités que l'assuré exerce au service de l'entreprise désignée dans les conditions particulières, y compris le chemin du travail au sens donné par la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.