

ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

CONDITIONS GENERALES

DEFINITIONS

- 1. La loi :**
la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail ainsi que toutes ses extensions, modifications et arrêtés d'exécution.
- 2. L'assureur :**
Fédérale Assurance, Caisse Commune d'Assurance contre les Accidents du Travail, rue de l'Etuve 12, 1000 Bruxelles, Belgique, RPM Bruxelles TVA BE 0407.963.786 — Société d'assurance agréée sous le n° 345 par la Banque Nationale de Belgique.
- 3. L'accident :**
l'accident du travail ou sur le chemin du travail.
- 4. Le Preneur d'assurance ou l'assuré :**
l'employeur, personne physique ou morale, assujetti à la loi et qui souscrit le contrat. C'est la personne garantie par l'assurance contre les pertes patrimoniales.
- 5. Le bénéficiaire :**
la ou les personnes au profit desquelles le Preneur d'assurance souscrit l'assurance en vertu de la loi.

CHAPITRE I OBJET ET ETENDUE DE LA GARANTIE

Article 1 Objet de la garantie

L'assureur couvre tous les risques de survenance d'accidents pour tous les bénéficiaires et pour toutes les activités auxquelles ils sont occupés par le Preneur d'assurance.

Toutefois, la garantie du contrat est limitée aux bénéficiaires faisant partie de la catégorie de travailleurs ou du siège d'exploitation pour lequel le Preneur d'assurance souscrit le contrat, conformément à l'art. 49, al. 8 de la loi.

L'assureur s'engage à payer à la victime ou à ses ayants droit, sans exception ni réserve et nonobstant toute clause de déchéance et cela jusqu'à ce que le contrat prenne fin, toutes les indemnités fixées par la loi.

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

Article 2 Risque assuré

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

L'assurance est donc limitée à l'égard du Preneur d'assurance à l'activité décrite dans le contrat ou dans ses avenants, sur la base de ladite déclaration.

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

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

Si l'assureur apporte la preuve qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque, il peut résilier le contrat dans le même délai.

Si la proposition de modification du contrat est refusée par le Preneur d'assurance ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, l'assureur peut résilier le contrat dans les quinze jours. L'assureur qui n'a pas résilié le contrat, ni proposé sa modification dans les délais indiqués ci-dessus, ne peut plus se prévaloir à l'avenir des faits qui lui sont connus.

Si un accident survient et que le Preneur d'assurance n'a pas rempli l'obligation de déclaration visée à l'alinéa 1, l'assureur est tenu d'allouer au bénéficiaire les prestations déterminées dans la loi.

En ce cas néanmoins, lorsque le défaut de déclaration peut être reproché au Preneur d'assurance, l'assureur dispose contre le preneur d'une action en remboursement de sa prestation selon le rapport entre l'insuffisance de cotisation et la cotisation totale que le preneur aurait dû payer s'il avait correctement déclaré le risque.

Dans l'hypothèse où l'assureur apporte la preuve qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque dont la nature réelle est révélée par le sinistre, cette action en remboursement porte sur la totalité des prestations effectuées par l'assureur au bénéficiaire sous déduction de la totalité des cotisations payées.

Si le Preneur d'assurance a agi dans une intention frauduleuse, l'action en remboursement porte sur la totalité des prestations effectuées par l'assureur au bénéficiaire. Dans ce cas, les cotisations échues jusqu'au moment où l'assureur a eu connaissance de la fraude, lui sont dues en outre à titre de dommages et intérêts.

Article 3 Modification du risque assuré

3.1. Diminution du risque.

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

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

3.2. Aggravation du risque.

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

Le Preneur d'assurance déclarera notamment 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, l'assureur n'aurait consenti l'assurance qu'à d'autres conditions, il doit, dans le délai d'un mois à compter du jour où il a eu connaissance de l'aggravation, proposer la modification du contrat avec effet rétroactif au jour de l'aggravation.

Si l'assureur apporte la preuve qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque aggravé, il peut résilier le contrat dans le même délai.

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

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

2. Si un accident survient avant que la modification du contrat ou la résiliation ait pris effet et si le Preneur d'assurance a rempli l'obligation de déclaration visée à l'art. 3.2., 1., l'assureur est tenu d'allouer les prestations déterminées dans la loi.
3. Si un accident survient et que le Preneur d'assurance n'a pas rempli l'obligation visée à l'art. 3.2., 1., l'assureur est également tenu d'allouer les prestations déterminées dans la loi. En ce cas néanmoins l'assureur dispose contre le Preneur d'assurance du même recours que celui prévu à l'art. 2 des conditions générales.

Article 4 Etendue territoriale

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

Article 5 Droit de visite de l'entreprise assurée

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

Les délégués de l'assureur ont, dans ce but, libre accès au sein de l'entreprise.

A la demande de l'assureur, le Preneur d'assurance est tenu de communiquer à l'assureur tous les renseignements que ce dernier juge nécessaire ou utile de demander.

A défaut pour le Preneur d'assurance de respecter ces obligations, l'assureur pourra mettre fin au contrat dans les conditions de l'article 10, 5.

L'assureur et ses délégués sont tenus à la plus totale discrétion.

CHAPITRE II DUREE ET FIN DU CONTRAT D'ASSURANCE

Article 6 Prise d'effet de la garantie

La garantie du 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 Durée du contrat

Sauf convention contraire, la durée du contrat est de trois ans.

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 égales à la durée initiale du contrat.

Quelle que soit la durée du contrat, 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.

Article 8 Non-occupation de personnel

Lorsqu'un Preneur d'assurance vient à ne plus employer de personnes assujetties à la loi, il en avise sans délai l'assureur en précisant la date exacte à laquelle prend fin l'activité des dites personnes.

Dans ce cas, l'assureur peut résilier le contrat par lettre recommandée, à la date où il en a connaissance, au plus tôt cependant à la date à laquelle le Preneur d'assurance n'occupe plus de personnel.

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

L'assureur n'assure pas les travailleurs assujettis remis en activité avant la conclusion du nouveau contrat prévu à l'alinéa précédent.

Article 9 Changement de Preneur d'assurance

9.1. Décès du Preneur d'assurance.

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

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

9.2. Faillite du Preneur d'assurance.

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

L'assureur et le curateur de la faillite ont néanmoins le droit de résilier le contrat.

Toutefois, la résiliation du contrat par l'assureur ne peut se faire au plus tôt que trois mois après la déclaration de la faillite, tandis que le curateur de la faillite ne peut résilier le contrat 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 maintien d'activité mais de changement de personne physique ou morale sous quelque forme juridique que ce soit et pour toute autre cause que celles visées à l'art. 9.1. et 9.2., le Preneur d'assurance ou ses héritiers ou ayants cause s'engagent à faire continuer le contrat par leurs successeurs.

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

En cas de continuation comme prévu dans le premier alinéa, l'assureur peut néanmoins refuser le transfert du contrat et le résilier. Dans ce cas, l'assureur doit assurer la couverture du contrat actuel jusqu'à l'expiration d'un délai de 45 jours qui commence à courir le jour où la lettre recommandée de résiliation adressée par l'assureur au Preneur d'assurance est remise à la poste. L'assureur garde alors le droit aux cotisations échues correspondant aux périodes couvertes.

Article 10

Cessation et résiliation du contrat

1. Le contrat s'achève de plein droit :
 - a) à la date de la cessation définitive des activités de l'entreprise;
 - b) à la date à laquelle l'assureur cesse d'être autorisé aux fins de l'assurance contre les accidents du travail.
2. La résiliation du contrat, tant par le Preneur d'assurance que par l'assureur, se fait par lettre recommandée à la poste.
3. Si le Preneur d'assurance ou l'assureur veut éviter la reconduction tacite visée à l'art. 7 des conditions générales, il résilie le contrat par lettre recommandée déposée à la poste au moins trois mois avant l'arrivée du terme du contrat.
4. Le contrat peut être résilié par le Preneur d'assurance en cas d'adaptation tarifaire ou de modification des conditions d'assurances suivant les modalités prévues à l'art. 19 des conditions générales.
5. L'assureur se réserve le droit de résilier le contrat par lettre recommandée :
 - a) en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque, selon les conditions prévues à l'art. 2 des conditions générales ;
 - b) en cas de modification sensible et durable du risque selon l'article 3 des conditions générales ;
 - c) en cas de non-occupation de personnel, selon l'art. 8 des conditions générales ;
 - d) dans tous les cas de changement de Preneur d'assurance visés à l'art. 9 des conditions générales ;
 - e) lorsque le Preneur d'assurance reste
 - en défaut de paiement de cotisations, surprimes ou accessoires selon l'art. 18 des conditions générales,
 - ou,
 - en défaut de déclaration des rémunérations dans les délais fixés dans le contrat d'assurance selon l'art. 15 des conditions générales ;
 - f) en cas de défaut grave de prévention selon l'article 22, alinéa 2, des conditions générales et sans préjudice des dispositions de cet article ;
 - g) dans les cas où l'assureur peut exercer le recours prévu à l'article 20, alinéa 4 des conditions générales ;
 - h) en cas de déclaration de sinistre non conforme aux dispositions de l'article 20, des conditions générales ;
 - i) dans le cas de non-respect des art. 5 et 16 organisant pour l'assureur un droit de contrôle du risque assuré et des déclarations de salaires.
6. Dans tous les cas prévus au 5., à l'exception du point e), premier alinéa, l'assureur reste tenu de la garantie du présent contrat jusqu'à l'expiration d'un délai d'un mois qui prend cours le jour suivant celui où l'assureur porte à la connaissance de l'employeur, par lettre recommandée à la poste, la résiliation du contrat. Dans le cas prévu au 5., e), premier alinéa, les délais repris à l'article 18 des conditions générales sont d'application.

L'assureur rembourse les cotisations payées afférentes à la période d'assurance postérieure à la date de prise d'effet de la résiliation.

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 par l'employeur ou par l'assureur dans la mesure où il n'y est pas dérogé par la loi sur les accidents de travail ou par l'arrêté royal du 21 décembre 1971, modifiés par l'arrêté royal du 22.9.1993.

CHAPITRE III COTISATIONS

Article 11 Nature de la cotisation

1. La cotisation est forfaitaire ou fait l'objet d'un décompte à terme échu.
2. La cotisation forfaitaire est fixée à la conclusion du contrat. Elle peut varier dans la même proportion que le plafond de la rémunération de base fixé conformément à la loi. Elle est payable par anticipation à l'échéance indiquée aux conditions particulières.

Article 12 Calcul de la cotisation

Sauf stipulation particulière au contrat, la cotisation autre que forfaitaire est calculée sur la base des rémunérations des bénéficiaires.

Par rémunérations des bénéficiaires, 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 des conditions générales. L'assureur leur substitue le pourcentage fixé par la législation en matière de vacances annuelles.

Les allocations complémentaires de vacances et toutes sommes constitutives du salaire mais non payées directement par le Preneur d'assurance 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 cotisation 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.

Le montant des rémunérations à déclarer pour les personnes autres que les membres du personnel âgés de moins de 18 ans, les apprentis, et les personnes rémunérées au pourboire, ne peut être inférieur, au prorata des jours réellement prestés, à 65% du salaire de base maximum déterminé pour l'année concernée par la loi.

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

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

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

Article 13 Cotisation provisionnelle

Lorsque la cotisation fait l'objet d'un décompte à terme échu, une cotisation provisionnelle est payable anticipativement tous les trimestres pour la première fois lors de la prise d'effet du contrat.

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

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

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

Article 14 Déclaration des rémunérations

Les rémunérations sont déclarées à l'assureur par le Preneur d'assurance ou son mandataire.

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

Toutefois l'assureur se réserve le droit d'envoyer un formulaire de déclaration des rémunérations au Preneur d'assurance ou à son mandataire, annuellement ou à l'expiration d'un délai plus court fixé dans les conditions particulières. Le Preneur d'assurance ou son mandataire s'oblige à renvoyer ce document à l'assureur endéans les vingt jours de sa réception.

Article 15 Défaut de déclaration des rémunérations

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

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

A défaut pour le Preneur d'assurance de respecter cette obligation, l'assureur pourra mettre fin au contrat dans les conditions de l'article 10., 5.

Article 16 Contrôle de la déclaration des rémunérations

L'assureur se réserve le droit de visiter l'entreprise assurée, de contrôler les déclarations du Preneur d'assurance ou de son mandataire et même de se substituer à lui pour établir la déclaration des rémunérations.

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

A défaut pour le Preneur d'assurance de respecter cette obligation, l'assureur pourra mettre fin au contrat dans les conditions de l'article 10., 5.

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

Dans les cas où la déclaration des rémunérations comporterait des inexactitudes, l'assureur, tenu d'indemniser les bénéficiaires sur base de la rémunération telle que définie par la loi, dispose contre le Preneur d'assurance du même recours que celui prévu à l'art. 2 des conditions générales.

Article 17 Modalités de paiement de la cotisation

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

La cotisation définitive est payable dans les 15 jours de l'invitation à payer.

Article 18 Défaut de paiement de la cotisation

En cas de défaut de paiement de la cotisation l'assureur peut suspendre la garantie ou résilier le contrat à condition que le Preneur d'assurance ait été mis en demeure, soit par exploit d'huissier, soit par lettre recommandée à la poste.

La suspension de la garantie ou la résiliation du contrat ont effet à l'expiration d'un délai de quinze jours à compter du lendemain de la signification ou du dépôt de la lettre recommandée à la poste.

Le paiement des cotisations échues met fin à la suspension. Par paiement on entend la réception par l'assureur des montants dûs.

La suspension de la garantie ne porte pas atteinte au droit de l'assureur de réclamer les cotisations venant ultérieurement à échéance à condition que le Preneur d'assurance ait été mis en demeure conformément à l'alinéa 1er. Dans ce cas, la mise en demeure rappelle la suspension de la garantie.

Le droit de l'assureur est toutefois limité aux cotisations afférentes à deux années consécutives.

Tout retard de paiement de la cotisation, définitive ou provisionnelle, entraîne la débiton, à dater du jour de la mise en demeure dont question à l'alinéa premier, d'un intérêt de retard calculé sur base du taux d'escompte de la Banque Nationale majoré de 2 %.

Tant que dure la suspension, le Preneur d'assurance reste tenu de déclarer les rémunérations aux termes prévus par le contrat et l'assureur envoie les décomptes de cotisations.

L'assureur dispose contre le Preneur d'assurance en cas de suspension de la garantie d'une action en remboursement de toute somme qu'il aura dû payer ou mettre en réserve en vertu de l'article 1, alinéa 3 des conditions générales.

Article 19 Modification de tarif et des conditions d'assurance

Si l'assureur modifie son tarif, il a le droit de modifier le tarif du présent contrat à partir de l'échéance annuelle de prime suivante.

Si le Preneur d'assurance est averti de la modification au moins quatre mois avant l'échéance annuelle, il a le droit de résilier le contrat trois mois au moins avant cette échéance. De ce fait, le contrat prend fin à cette échéance.

Si le Preneur d'assurance est averti de la modification moins de quatre mois avant l'échéance annuelle, il a le droit de résilier le contrat dans un délai de trois mois à compter de la notification de modification. Dans ce cas, le contrat prend fin à l'expiration d'un délai d'un mois, à compter du lendemain du dépôt à la poste de la lettre recommandée de résiliation, mais au plus tôt à la date d'échéance annuelle qui suit la notification de modification.

Les principes énoncés en matière de modification tarifaire sont d'application en cas de modification des conditions d'assurance.

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

CHAPITRE IV ACCIDENTS

Article 20 Déclaration

Tout accident qui peut donner lieu à l'application de la loi, est déclaré par le Preneur d'assurance à l'assureur dans les délais et dans la forme prescrits par la loi. Cette déclaration peut être faite soit par voie électronique, soit par écrit.

Un certificat médical doit être adressé immédiatement à l'assureur dès réception et, si possible, être joint à la déclaration. En cas de déclaration d'accident électronique "DRS AT" effectuée via le réseau de la sécurité sociale, ce certificat médical mentionnera obligatoirement, au titre de référence pour l'assureur, le numéro de ticket attribué par l'extranet à ladite DRS AT.

Les formulaires à utiliser sont mis à disposition par l'assureur.

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

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

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

Si le Preneur d'assurance ne remplit pas une des obligations précitées et qu'il en résulte un préjudice pour l'assureur, celui-ci peut exercer contre le Preneur d'assurance une action en remboursement de sa prestation à concurrence du préjudice qu'il a subi.

Si, dans une intention frauduleuse, le Preneur d'assurance n'a pas exécuté une des obligations précitées, l'action en remboursement porte sur la totalité des prestations effectuées par l'assureur au bénéficiaire.

Dans les hypothèses prévues à l'alinéa 4, l'assureur peut résilier le contrat dans les conditions de l'article 10, 5.

Article 21 Procédure

La gestion des accidents et la gestion des litiges relatifs aux accidents reviennent exclusivement à l'assureur. En conséquence, le Preneur d'assurance s'abstiendra de toute reconnaissance de responsabilité, de tout paiement ou de toute promesse de paiement tant vis-à-vis des bénéficiaires que vis-à-vis du tiers responsable de l'accident. Le Preneur d'assurance ne peut transiger avec les tiers responsables de l'accident que si l'assureur a donné son accord au préalable. A défaut d'accord, tous actes, initiatives ou transactions du Preneur d'assurance ne sont pas opposables à l'assureur. L'assureur n'est pas tenu de suivre les procès devant les juridictions répressives ni de prendre à sa charge les peines ou frais en résultant. Par contre, le Preneur d'assurance est tenu d'en avertir l'assureur, dès qu'il sera poursuivi. Le Preneur d'assurance doit transmettre à l'assureur tous actes judiciaires et extra-judiciaires relatifs à l'accident dès leur notification, leur signification ou leur remise au Preneur d'assurance, sous peine, en cas de négligence, de tous dommages et intérêts dus à l'assureur en réparation du préjudice qu'il a subi.

Article 22 Prévention des accidents et contrôle

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

Si le Preneur d'assurance refuse d'apporter à un état de choses reconnu défectueux au regard des dispositions légales ou contractuelles, les améliorations qui seraient prescrites, ou n'observe pas les règles générales en matière de sécurité, il pourra être soumis à une majoration de cotisation de 15 %.

En ce cas, l'assureur peut également résilier le contrat dans les conditions de l'article 10, 5.

Est considérée comme faute lourde au sens de l'article 62 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, le manquement grave aux dispositions légales en matière de prévention ayant fait l'objet de la part de l'assureur d'une notification spécifique et préalable au Preneur d'assurance.

En ce cas, l'assureur dispose contre le Preneur d'assurance d'une action en remboursement sur la totalité des prestations effectuées aux bénéficiaires.

CHAPITRE V COMMUNICATIONS ET NOTIFICATIONS

Article 23

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

Celles de l'assureur au Preneur d'assurance sont faites valablement à l'adresse indiquée dans le contrat ou à celle que le Preneur d'assurance aurait ultérieurement notifiée.

Article 24 Plainte

Toute plainte éventuelle relative au contrat d'assurance peut être adressée :

— à Fédérale Assurance, Service Gestion des plaintes, rue de l'Étuve 12, 1000 Bruxelles.

Tél. : 02/509 01 89 - Fax : 02/509 06 03 - gestion.plaintes@federale.be

— ou à l'Ombudsman des Assurances, square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles.

Fax : 02/547 59 75 – info@ombudsman.as

sans préjudice pour le preneur d'assurance d'intenter une action en justice.

Toute plainte éventuelle relative à la gestion des accidents du travail peut être adressée au Fonds des Accidents du Travail, rue du Trône 100, 1050 Bruxelles, sans préjudice pour le preneur d'assurance d'intenter une action en justice.

ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

EXTRAIT DE LA LOI DU 10 AVRIL 1971 SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

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

Article 12

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

1. au conjoint 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 ou de la cohabitation légale ou,
 - c) au moment du décès, un enfant soit à charge pour lequel un des conjoints ou des cohabitants légaux bénéficiait des allocations familiales.

Le survivant, divorcé ou séparé de corps, qui bénéficiait d'une pension alimentaire légale ou fixée par convention à charge de la victime ainsi que le survivant d'une cohabitation légale dissoute qui bénéficiait d'une pension alimentaire fixée par convention à charge de la victime, peut également prétendre à la rente viagère visée à l'alinéa 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 égale à 15 % de la rémunération de base, sans que l'ensemble ne puisse dépasser 45 % de ladite rémunération, s'ils sont nés ou conçus au moment du décès de la victime.
3. Les enfants visés au § 1 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 par la loi du 13 juillet 2006).

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

Article 14

1. Les enfants adoptés par une seule personne reçoivent une rente qui, pour chaque enfant, est égale à 20 % de la rémunération de base de l'adoptant décédé, sans que l'ensemble puisse dépasser 60 % de ladite rémunération.
2. Les enfants adoptés par deux personnes reçoivent, pour chaque enfant, une rente égale à :
 - a) 15 % de la rémunération de base si l'un des adoptants survit à l'autre, sans que l'ensemble puisse dépasser 45 % de ladite rémunération;
 - b) 20 % de la rémunération de base si l'un des adoptants est prédécédé, sans que l'ensemble puisse dépasser 60 % de ladite rémunération.
3. Les adoptés qui, conformément aux dispositions de l'article 353-15 du Code civil, peuvent faire valoir leurs droits dans leur famille d'origine et dans leur famille adoptive, ne peuvent pas cumuler les droits auxquels ils pourraient prétendre dans chacune de ces familles. Ils peuvent toutefois 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 chacun une rente viagère égale à 20 % de la rémunération de base.
Si la victime laisse au moment du décès, un conjoint ou un cohabitant légal sans enfants bénéficiaires, la rente pour chacun des ayants droit visés à l'alinéa précédent est égale à 15 % de la rémunération de base.
Les adoptants ont les mêmes droits que les parents de la victime.
2. En cas de prédécès du père ou de la mère de la victime, chaque ascendant du prédécédé reçoit une rente égale à :
 - a) 15 % de la rémunération de base s'il n'y a ni conjoint, ni cohabitant légal, ni enfants bénéficiaires ;
 - b) 10 % de la rémunération de base s'il y a un conjoint ou un cohabitant légal, sans enfants bénéficiaires.

Article 16

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

Si leur père et leur mère sont décédés, ils reçoivent une rente égale à 20 % de la rémunération de base pour chacun d'eux, sans que l'ensemble 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 numérateur le nombre 3 et pour dénominateur le nombre d'ayants droit.

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

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

Article 19

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

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

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

Article 20

Les ascendants, les petits-enfants, les frères et soeurs ne reçoivent la rente que s'ils profitaient directement de la rémunération de la victime. Sont présumés tels ceux qui vivaient sous le même toit.

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

Article 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 proméritée par la victime.

Article 23

Si l'incapacité temporaire de travail est ou devient partielle, l'entreprise d'assurances peut demander 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 si elle y met fin.

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

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

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

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 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 91^e jour d'hospitalisation ininterrompue.

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

Article 24 bis

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

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

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

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 plus exercer temporairement la profession dans laquelle elle a été reclassée, elle peut prétendre durant cette période, aux indemnités prévues aux articles 22, 23 et 23bis.

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

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

Article 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 1er 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 interromp son travail à la demande de l'entreprise d'assurances ou d'une juridiction du travail en vue d'un examen résultant de l'accident, l'entreprise d'assurances doit à la victime une indemnité égale à la rémunération quotidienne normale diminuée de la rémunération éventuellement 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 1er 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 au 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, § 1er, de la loi du 2 août 1971 précitée.

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

Par dérogation à l'alinéa précédent, pour les accidents visés à l'article 45quater, 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 liées 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 fixes 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 1 janvier 1988 les frais pour les soins visés à l'article 28, ne sont à charge de l'entreprise d'assurances que jusqu'à l'expiration du délai fixé à l'article 72. Passé ce délai, ils sont à charge du Fonds des accidents du travail.

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

Une indemnité supplémentaire représentant le coût probable du renouvellement et de la réparation des appareils est fixée par l'accord ou par la décision et est calculée de la manière fixée par le Roi.

Cette indemnité est versée par l'entreprise d'assurances au Fonds des accidents du travail dans le mois qui suit l'homologation ou l'entérinement de l'accord ou la décision visée 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 1er, 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 par la loi du 24 décembre 2002).

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 % par l'entreprise d'assurances.

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

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

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

Article 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 51bis.

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

Article 45 quater

Pour les accidents survenus à partir du 1er janvier 1988 dans les cas desquels la fixation du taux d'incapacité permanente de travail de moins de 10 % se fait, soit par entérinement de l'accord à une date à partir du 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 51ter.

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 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 janvier 1997 ou pour lesquels la fixation du taux d'incapacité permanente de travail de moins de 10 % ou de 16 % au moins se fait par un entérinement ou par une décision judiciaire visés à l'alinéa précédent, dans le cas où les allocations annuelles et rentes sont fixées, après révision, sur la base d'un taux de 10 % à moins de 16 % soit par un accord-révision entériné, soit par une décision judiciaire coulée en force de chose jugée.

En ce qui concerne les accidents pour lesquels la fixation du taux d'incapacité permanente de travail de 16 % à 19 % inclus se fait soit par entérinement de l'accord à une date à partir du 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 % ou de plus de 19 % se fait par un entérinement ou par une décision judiciaire visés à l'alinéa précédent, dans le cas où les allocations annuelles et rentes sont fixées, après révision, sur la base d'un taux de 16 % à 19 % inclus soit par un accord-révision entériné, soit par une décision judiciaire coulée en force de chose jugée.

Dans ces cas, l'article 45, alinéa 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 périodes successives d'un an. La présente disposition n'est pas applicable aux contrats d'assurance d'une durée inférieure à un an.

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

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

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

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

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

L'employeur qui pratique également des assurances contre les accidents du travail, doit souscrire l'assurance obligatoire contre les accidents du travail en faveur de ses travailleurs auprès d'une entreprise d'assurances 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 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 manœuvres frauduleuses ou de déclarations fausses ou sciemment incomplètes se prescrit toutefois par cinq ans.

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

[Alinéa 2 abrogé.]

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.

PROTECTION DE VOS DONNEES PERSONNELLES

Conformément au Règlement Général sur la protection des données, nous portons à votre connaissance les informations suivantes.

Finalités des traitements des données – Destinataires des données – Base légale

Les données à caractère personnel recueillies au moyen du présent document sont traitées par Fédérale Assurance, responsable du traitement, en vue des finalités suivantes : l'évaluation des risques, l'émission du contrat d'assurance et son adaptation, l'exécution des prestations parmi lesquelles la gestion des sinistres consécutifs à cette assurance, la détection et la prévention de la fraude, le respect des obligations légales, la gestion de la relation commerciale et la surveillance du portefeuille.

A ces seules fins, elles peuvent être communiquées aux entreprises qui font partie du groupe Fédérale Assurance, aux personnes physiques ou entreprises qui interviennent comme prestataire de service ou sous-traitant pour le compte de Fédérale Assurance, aux tiers dans le cadre d'une exécution d'une obligation légale, aux réassureurs, à toute personne ou entité qui exerce un recours ou contre qui un recours est exercé en relation avec l'assurance en question.

La base juridique du traitement de données est constituée par le contrat d'assurance, ainsi que par l'obligation, découlant de ce contrat et de ses éventuels avenants, pour l'assureur, responsable du traitement, de procéder à l'indemnisation éventuelle. Le traitement se fonde en outre sur l'intérêt légitime de l'assureur de prévenir la fraude à l'assurance, d'élaborer des statistiques et sert à des fins de marketing direct.

Le traitement des données sur la santé est nécessaire aux fins de l'exécution des obligations qui découlent de la législation sur les accidents du travail, en tant que partie intégrante du droit de la sécurité sociale.

Dans l'hypothèse où ces documents ne seraient pas remplis de manière adéquate, l'assureur se trouverait dans l'impossibilité d'exécuter ses obligations consécutives à ce contrat d'assurance et de donner suite à toute demande d'intervention.

Confidentialité

Des mesures techniques et organisationnelles ont été prises afin de garantir la confidentialité et la sécurité de vos données. L'accès à vos données personnelles est limité aux personnes qui en ont besoin dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions.

Conservation des données traitées

Les données traitées sont conservées par Fédérale Assurance pendant au moins la période de garantie de l'assurance ou pendant la durée de la gestion du sinistre, qui sera adaptée chaque fois que les circonstances l'exigent. Cette durée sera prolongée du délai de prescription afin que l'assureur puisse faire face aux éventuels recours qui seraient engagés après la clôture du dossier sinistre.

Droit d'accès, de rectification et d'opposition

Les personnes concernées peuvent prendre connaissance des données et, le cas échéant, les faire rectifier au moyen d'une demande accompagnée d'une photocopie recto verso de la carte d'identité, adressée à Fédérale Assurance à l'attention du Data Protection Officer – Rue de l'Etuve 12 à 1000 Bruxelles ou via mail à privacy@federale.be. Lesdites personnes peuvent en outre, selon les mêmes modalités et dans les limites prévues par le Règlement Général sur la protection des données, s'opposer au traitement des données ou demander la limitation de ces traitements et s'opposer à ce qu'elles soient utilisées à des fins de marketing direct. Elles peuvent aussi demander l'effacement ou la portabilité des données les concernant.

Si vous transmettez à Fédérale Assurance des données à caractère personnel de personnes avec qui nous n'avons pas de relations directes, nous vous demandons de les informer de ce transfert de données et de leurs droits y afférents.

Des données de contact

De plus amples informations peuvent être trouvées sur www.federale.be ou être obtenues en s'adressant à privacy@federale.be ou Fédérale Assurance à l'attention du Data Protection Officer – Rue de l'Etuve 12 à 1000 Bruxelles.

Une réclamation peut être introduite auprès de l'Autorité de protection de données.