

ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DE LA VIE PRIVEE

CONDITIONS GENERALES

DEFINITIONS

- 1. Société :**
FEDERALE Assurance, association d'assurance mutuelle, rue de l'Etuve 12, 1000 Bruxelles, Belgique,
RPM Bruxelles TVA BE 0403.274.332 - Société d'assurance agréée sous le n° 124 par la Banque Nationale de Belgique.
- 2. Preneur d'assurance :**
Le souscripteur du contrat.
- 3. Assuré :**
La personne soumise au risque ou les membres du personnel du Preneur d'assurance, dont l'identité figure aux conditions particulières.
- 4. Bénéficiaire :**
Toute personne à qui des prestations sont dues en vertu du contrat.
- 5. Accident :**
La notion d'accident s'interprète conformément à la jurisprudence relative à la loi sur les accidents de travail.

TITRE I OBJET ET ETENDUE DE L'ASSURANCE

Article 1 Objet

Le présent contrat a pour objet de garantir aux bénéficiaires les indemnités prévues pour chaque accident survenant au cours de la vie privée de l'assuré.

Article 2 Etendue territoriale

Les effets de l'assurance s'étendent au monde entier.

Article 3 Pratique des sports

- A. La pratique d'un sport en tant qu'amateur non rémunéré, comme loisir et même lors de la préparation et la participation à des compétitions et concours, est couverte.
- B. Les sports suivants ne sont couverts que moyennant convention particulière :
 - les sports de combat, de défense et de lutte ;
 - le hockey sur gazon et le rugby ;
 - le karting ;
 - les sports de football, lors de la participation à des compétitions ;
 - la plongée sous-marine avec bouteille d'oxygène ;
 - l'alpinisme en montagne et l'escalade de parois rocheuses ;
 - la spéléologie.
- C. Restent cependant exclus :
 - la boxe ;
 - le bobsleigh et le hockey sur glace ;
 - les sports aériens sous toutes leurs formes (delta-plane, parachutisme, saut à l'élastique, vol à voile, parapente, etc.) ;

- la participation à des compétitions cyclistes, motocyclistes ou automobiles ;
- les sports nautiques à voile, à rames ou à moteur à une distance de plus de 3 milles marins des côtes ou des rives ;
- le kitesurf.

Article 4 Risque aviation

- a) Sont compris dans l'assurance les accidents dont l'assuré pourrait être victime dans le monde entier, à titre de simple passager de tous avions ou hélicoptères autorisés pour le transport de personnes et pour autant qu'il n'exerce au cours du vol aucune activité professionnelle en relation avec l'appareil ou le vol.

L'indemnisation est étendue aux accidents résultant :

- 1) de la maîtrise illicite du moyen de transport dans lequel l'assuré se trouve ;
- 2) de la piraterie, agressions et attentats à bord du moyen de transport commis contre les personnes qui s'y trouvent.

Cette indemnisation n'est cependant pas acquise si l'assuré ou le bénéficiaire ont pris part à cette action de manière active ou comme instigateur.

- b) Sont toujours exclus les accidents survenus à bord d'appareils prototypes et ceux survenus alors que l'appareil est utilisé à l'occasion de compétitions ou exhibitions, essais de vitesse, raids, vols d'entraînement, records ou tentatives de records ainsi que pendant tout essai fait en vue de participer à l'une de ces activités.

Article 4bis Risque de terrorisme

L'assurance couvre les accidents causés par le terrorisme comme prévu par la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme.

La Société est membre, à cette fin, de l'ASBL TRIP. 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 1er 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.

L'application de la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme est soumise aux décisions du Comité constitué en application des articles 5 et suivants de ladite loi.

Article 5 Exclusions

A. Sont exclus de l'assurance les accidents résultant même partiellement :

- 1) du suicide, ou de la tentative de suicide de l'assuré ;
- 2) de paris, de défis, de duels, d'actes notoirement téméraires ou les accidents provoqués intentionnellement par l'assuré ou le bénéficiaire ;
- 3) de rixes sauf si le bénéficiaire prouve que ni l'assuré, ni lui-même n'en sont les provocateurs ou les instigateurs ;
- 4) du fait, pour l'assuré, d'être auteur, coauteur ou complice de crimes, contraventions ou de délits volontaires ainsi que de leurs tentatives ;
- 5) de tout fait ou succession de faits de même origine dès lors que ce fait ou ces faits proviennent ou résultent des propriétés radioactives ou à la fois des propriétés radioactives et de propriétés toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses des combustibles nucléaires ou des produits ou des déchets radioactifs; directement ou indirectement de toute source de radiations ionisantes ainsi que de l'usage professionnel de rayon x; ces lésions sont toutefois couvertes si elles résultent de radiations subies lors d'un traitement nécessité par l'accident ;

- 6) de tremblement de terre, d'inondation, d'éruption volcanique, de raz de marée, d'ouragan lorsqu'ils sont survenus en Belgique ;
- 7) — d'un fait de guerre, d'hostilité, d'invasion, d'occupation militaire,
— de troubles civils ou politiques pour autant que l'assuré ait pris part à cette action de manière active ou comme instigateur.

La garantie reste toutefois acquise à l'assuré surpris à l'étranger par de tels événements, pendant le temps absolument nécessaire pour quitter la région troublée et au maximum pendant 14 jours si les transports sont rendus difficiles par ces événements.

Sont cependant exclus les accidents survenus pendant les périodes de mobilisations générales ou partielles concernant l'assuré ou lorsqu'il y a état de siège, sauf s'il n'existe aucun rapport entre cette situation et les causes de l'accident ;

- 8) de prestations effectuées dans le cadre du service militaire et des rappels dans l'armée belge en temps de paix ;
- 9) d'attentats politiques ou idéologiques, de violence collective, d'émeutes, de grèves, de mouvements populaires ou événements similaires, sauf si le bénéficiaire prouve que l'assuré ne prenait pas part aux événements précités et ce sans préjudice de l'assurance des accidents survenus par le fait d'actes de terrorisme tels que définis par la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme ;
- 10) de l'explosion de matières explosives que l'assuré fabrique, transporte ou manipule ;
- 11) dans le chef de l'assuré, de l'usage de drogues prises sans contrôle médical ou au-delà des doses prescrites ou des instructions médicales, d'un état d'intoxication alcoolique ou d'ivresse au sens de la législation sur la circulation routière relevé par les résultats d'une prise de sang ou autre méthode légalement déterminée.
Uniquement en cas d'ivresse, celle-ci sera présumée être à l'origine de l'accident ;
- 12) de l'usage de la moto ou du quad en qualité de conducteur ou de passager; restent toutefois couverts les accidents qui frappent l'assuré lorsqu'il est occasionnellement passager d'une moto ou d'un quad dont ne sont propriétaires ni lui, ni l'un des membres du ménage dont il fait partie ;
- 13) de l'exercice d'un métier ou d'une profession quelconque, ainsi que ceux survenant sur le chemin du travail.

B. Ne sont pas couvertes par l'assurance :

- 1) les aggravations qui ne sont pas la conséquence directe et exclusive d'un accident couvert;
- 2) les personnes estropiées, mutilées, atteintes de lésions ou de maladies, temporaires ou permanentes, non déclarées dans la proposition d'assurance alors qu'elles étaient soit connues de l'assuré, soit de nature telle que leurs manifestations ne pouvaient physiquement pas échapper à sa connaissance, sauf si l'assuré ou les bénéficiaires démontrent l'absence de relation causale entre l'accident et son état.

TITRE II INDEMNITES

Article 6 Indemnités en cas d'incapacité

En cas d'incapacité de travail, la Société accorde au bénéficiaire les indemnités suivantes :

- A. Lorsque l'accident a été la cause d'une incapacité temporaire et totale de travail, le bénéficiaire 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.
- B. Si l'incapacité temporaire de travail est ou devient partielle, l'indemnité est équivalente à la différence entre la rémunération de l'assuré avant l'accident et la rémunération qu'il peut gagner avant d'être complètement rétabli.
- C. Si l'incapacité est ou devient permanente, une allocation annuelle de 100 %, calculée d'après la rémunération de base et le degré d'incapacité, remplace l'indemnité journalière à dater du jour où l'incapacité présente le caractère de permanence. Ce point de départ est constaté soit par voie d'accord entre les parties, soit par la décision d'un expert nommé à frais communs, amiablement ou sur requête de la partie la plus diligente.
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 %.

Article 7 Indemnités en cas de décès

Lorsque l'accident a causé le décès de l'assuré la Société accorde les indemnités suivantes :

- A. Une somme pour frais funéraires, égale à 30 fois la rémunération quotidienne moyenne payable à la personne qui a déboursé effectivement les frais funéraires. En aucun cas, cette indemnité ne peut être inférieure au montant de l'indemnité correspondante allouée à la date de décès en application de la législation en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

Outre l'indemnité pour frais funéraires, la Société prend à sa charge les frais afférents au transfert de l'assuré vers l'endroit où la famille souhaite le faire inhumer.

- B. Une rente viagère égale à 30 % de la rémunération de base de l'assuré :
- au conjoint non divorcé ni séparé de corps au moment de l'accident ou à la personne qui cohabitait légalement avec l'assuré au moment de l'accident ;
 - au conjoint non divorcé, ni séparé de corps au moment du décès de l'assuré, ou à la personne qui cohabitait légalement avec l'assuré au moment du décès de celui-ci, à condition que :
 - le mariage ou la cohabitation légale contractés après l'accident, l'ait été au moins un an avant le décès de l'assuré ou,
 - un enfant soit issu du mariage ou de la cohabitation légale ou,
 - au moment du décès, un enfant soit à charge pour lequel un des conjoints ou des cohabitants légaux bénéficiait des allocations familiales ;
 - au survivant, divorcé ou séparé de corps, qui bénéficiait d'une pension alimentaire légale ou fixée par convention à charge de l'assuré ou au survivant d'une cohabitation légale dissoute qui bénéficiait d'une pension alimentaire fixée par convention à charge de l'assuré, sans que le montant de la rente puisse être supérieure au montant de la pension alimentaire.
- C. 1. Une rente égale à 15 % de la rémunération de base, sans que l'ensemble puisse dépasser 45 % de ladite rémunération pour chaque enfant de l'assuré, orphelins de père ou de mère.
2. Une rente égale à 15 % de la rémunération de base pour chaque enfant, sans que l'ensemble puisse dépasser 45 % de ladite rémunération aux enfants du conjoint ou du cohabitant légal de l'assuré, orphelins de père ou de mère, s'ils sont nés ou conçus au moment du décès de l'assuré.
3. Une rente égale à 20 % de la rémunération de base pour chaque enfant, sans que l'ensemble puisse dépasser 60 % de ladite rémunération, aux enfants visés au C. 1. et au C. 2., orphelins de père et de mère.
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. La rente accordée en application du C. 2. et C. 3. aux enfants du conjoint ou du cohabitant légal de l'assuré est diminuée du montant de la rente accordée à ces enfants du chef d'un autre accident mortel.
Le total de la rente ainsi diminuée et de l'autre rente ne peut toutefois être inférieur à la rente accordée aux enfants de l'assuré.
- D. 1. Une rente égale à 20 % de la rémunération de base de l'assuré pour chaque enfant adopté par une seule personne ou pour chaque enfant adopté par deux personnes dont l'une est prédécédée, sans que l'ensemble puisse dépasser 60 % de ladite rémunération.
2. Une rente égale à 15 % de la rémunération de base de l'assuré pour chaque enfant adopté par deux personnes, si l'un des adoptants survit à l'autre, sans que l'ensemble puisse dépasser 45 % 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, en vertu d'une assurance analogue à la présente et souscrite à FEDERALE Assurance. 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 ceux d'autres enfants, la rente accordée aux enfants adoptés ne peut être supérieure à celle accordée aux autres enfants.
5. Les dispositions des présents points (art. 7 - D. 1. à D. 4.) s'appliquent uniquement à l'adoption simple.

- E. 1. Au père et la mère de l'assuré qui, au moment du décès, ne laisse ni conjoint, ni cohabitant légal, ni enfants bénéficiaires, une rente viagère égale à 20 % de la rémunération de base pour chacun d'eux.
2. Toutefois, si l'assuré laisse, au moment du décès, un conjoint ou un cohabitant légal sans enfants bénéficiaires, la rente des ayants droit visés à l'alinéa précédent est égale à 15 % de la rémunération de base.
3. Les adoptants ont les mêmes droits que les parents de l'assuré.
- F. 1. Une rente égale à 15 % de la rémunération de base pour chacun des ascendants du prédécédé, en cas de prédécès du père ou de la mère de l'assuré et pour autant que celui-ci n'ait ni conjoint, ni cohabitant légal, ni enfant.
2. Une rente égale à 10 % de la rémunération de base pour chacun des ascendants du prédécédé, en cas de prédécès du père ou de la mère de l'assuré lorsque celui-ci laisse un conjoint ou un cohabitant légal sans enfant.
- G. 1. Une rente égale à 15 % de la rémunération de base de l'assuré à chacun des petits-enfants de celui-ci et pour autant que les conditions suivantes soient réunies :
- l'ensemble des rentes ne peut dépasser 45 % de ladite rémunération,
 - le père ou la mère des petits-enfants de l'assuré, doit être prédécédé,
 - aucun enfant bénéficiaire de l'assuré ne peut plus être en vie au moment du décès de l'assuré.
2. Une rente égale à 20 % de la rémunération de base de l'assuré à chacun des petits-enfants de celui-ci et pour autant que les conditions suivantes soient réunies :
- l'ensemble des rentes ne peut dépasser 60 % de ladite rémunération,
 - les père et mère des petits-enfants doivent être prédécédés,
 - aucun enfant bénéficiaire de l'assuré ne peut plus être en vie au moment du décès de l'assuré.
3. Une rente égale à 15 % de la rémunération de base de l'assuré à chaque souche de ses petits-enfants pour autant que les conditions suivantes soient réunies :
- des enfants bénéficiaires de l'assuré sont en vie,
 - les droits des petits-enfants, orphelins de père ou de mère sont, par souche, égaux à ceux des enfants de l'assuré,
 - dans la souche, la rente est partagée par tête.
4. Une rente égale à 20 % de la rémunération de base de l'assuré à chaque souche de ses petits-enfants pour autant que les conditions suivantes soient réunies :
- des enfants bénéficiaires de l'assuré sont en vie,
 - les droits des petits-enfants, orphelins de père et de mère sont, par souche, égaux à ceux des enfants de l'assuré,
 - dans la souche la rente est partagée par tête.
5. La rente octroyée aux petits-enfants, par application des points G. 1. à 4. ci-avant, est diminuée du montant de la rente octroyée aux petits-enfants précités en raison d'un autre accident couvert par le présent contrat.
6. Sont assimilés aux petits-enfants les enfants pour lesquels des allocations familiales sont accordées du chef des prestations de l'assuré ou du conjoint ou du cohabitant légal, pour autant que ces enfants n'aient pas encore droit à une rente suite au même accident couvert par le présent contrat.
- H. Une rente égale à 15 % de la rémunération de base de l'assuré sans que l'ensemble puisse dépasser 45 % de ladite rémunération à chacun des frères et sœurs de l'assuré à condition que celui-ci ne laisse aucun autre bénéficiaire.
- I. Si le nombre d'ayants droit visés aux points C. (enfants), D. (enfants adoptés), G. (petits-enfants), H. (frères et sœurs) est supérieur à trois, le taux de 15 % ou 20 % est diminué pour chaque ayant droit, en multipliant ce taux par une fraction ayant pour numérateur le nombre trois et pour dénominateur le nombre d'ayant droit.

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

Pour l'application du présent paragraphe, chaque souche est considérée comme une unité, dans les cas visés aux points G. 3., G. 4. et G.6.

- J. Les enfants, petits-enfants, frères et sœurs reçoivent une rente tant qu'ils ont droit à des allocations familiales et en tout cas jusqu'à l'âge de 18 ans.
La rente est due jusqu'à la fin du mois au cours duquel le droit s'éteint.
- K. Les ascendants, petits-enfants, frères et sœurs n'auront droit aux rentes que s'ils profitaient directement de la rémunération de l'assuré. Sont présumés tels, ceux qui vivaient sous le même toit.
- L. Pour les ascendants, la rente reste due jusqu'au moment où l'assuré aurait atteint l'âge de 25 ans.
- M. Les rentes visées par l'article 7 sont dues à partir de la date du décès de l'assuré.

Article 8 Non-indexation des indemnisations

Les rentes viagères dont il est question ci-dessus seront calculées au jour de l'accident conformément aux barèmes non-indexés de la loi belge sur la réparation des dommages résultant des accidents du travail.

Sur la base de ces mêmes barèmes la Société pourra, en accord avec le Preneur d'assurance et le bénéficiaire, payer en capital tout ou partie de la rente viagère.

Ces indemnisations ne sont pas indexées.

Article 9 Rémunération de base

La rémunération servant de base à la fixation des indemnités est la rémunération effective allouée à l'assuré, par le Preneur d'assurance, pendant l'année qui a précédé l'accident.

Lorsque la rémunération de l'assuré est, à cause de circonstances occasionnelles, inférieure à la rémunération qu'il gagne normalement, la rémunération servant de base à la fixation des indemnités est complétée par une rémunération hypothétique pour les journées en dehors des temps de repos pour lesquelles l'assuré n'a pas reçu de rémunération.

Pour les assurés occupés depuis moins d'une année dans l'entreprise, la rémunération effective qui leur a été allouée est augmentée de la rémunération moyenne allouée aux autres préposés de la même catégorie, pendant la période nécessaire pour compléter l'année. La rémunération quotidienne moyenne s'obtient en divisant par 365 le chiffre de la rémunération de base déterminée conformément aux dispositions qui précèdent.

Lorsque la rémunération de base de l'assuré, y compris gratifications, indemnités, salaire en nature et autres, dépasse le montant repris aux conditions particulières du contrat, elle n'est prise en considération, pour la fixation des indemnités, qu'à concurrence de cette somme.

Article 10 Frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et hospitaliers

La Société prend à sa charge les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et hospitaliers causés par l'accident et ce, jusqu'au jour de la guérison ou de la consolidation. Elle garantit également le remboursement du coût des appareils de prothèse et d'orthopédie dont l'usage est reconnu nécessaire, jusqu'à la date de l'accord des parties ou de la décision de l'expert visé à l'art. 6.

Une indemnité supplémentaire représentant le coût probable du renouvellement de ces appareils, est attribuée au bénéficiaire; cette indemnité est fixée soit par l'accord des parties, soit par décision d'un expert.

Le Preneur d'assurance et l'assuré ont le libre choix du médecin, du pharmacien et de l'établissement hospitalier, mais la Société n'interviendra dans les frais qu'à concurrence des sommes prévues par le tarif légal en matière de réparation des dommages causés par les accidents du travail.

Au cours du traitement, la Société pourra désigner un médecin chargé de contrôler le traitement et la réalité de l'incapacité prescrite. Ce médecin aura libre accès auprès de l'assuré. La coopération de l'assuré est une condition pour pouvoir bénéficier des indemnités.

Les indemnités pour frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et hospitaliers, ainsi que pour frais occasionnés par l'emploi d'appareils de prothèse et d'orthopédie, pourront être payées à ceux qui en ont pris la charge.

Article 11 Diminution des indemnités accordées

Les indemnités accordées par le présent contrat :

- a) seront diminuées des indemnités et frais dus en vertu de l'application de la législation relative à la Sécurité Sociale, en matière de «maladie-invalidité» pour un accident survenant dans le cours de la vie privée;
- b) ne seront pas dues pendant la période d'incapacité rémunérée par l'employeur, en vertu de la législation sur le salaire garanti.

TITRE III

EFFETS DE L'ASSURANCE - PRIMES - OBLIGATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE

Article 12 Prise d'effet de la garantie

L'assurance n'a d'effet qu'après la signature du contrat par les parties, et sauf convention contraire, après le paiement de la prime provisionnelle.

Article 13 Provision de prime

Cette provision est calculée sur un montant annuel approximatif de rémunération, évalué de commun accord entre les parties. Le remboursement de cette provision est imputable à la dernière prime annuelle, ou fraction de prime du contrat.

Article 14 Non-paiement de la prime

Les primes sont payables annuellement à la Société.

En cas de défaut de paiement de la prime, nous vous adresserons un premier rappel, sans frais.

Si la prime reste impayée suite à ce rappel, nous vous adresserons une mise en demeure par courrier recommandé et vous nous serez alors redevable en complément de frais administratifs, fixés forfaitairement à €20.

Réciproquement, si nous sommes en défaut de vous payer en temps utile une somme d'argent certaine, exigible et incontestée et à condition que vous nous ayez adressé une mise en demeure par envoi recommandée, nous vous seront redevables en complément de frais administratifs, fixés forfaitairement à €20.

En cas de défaut de paiement de la prime, autre que la première, la Société 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 l'envoi recommandée.

La suspension de garantie ou la résiliation ont effet à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du lendemain de la signification ou du dépôt de l'envoi recommandée.

Le paiement des primes échues, augmentées s'il y a lieu des intérêts, met fin à la suspension. Par paiement on entend la réception par la Société des montants dus, augmentés des intérêts.

Article 15 Déclaration des rémunérations - Défaut de déclaration des rémunérations

Le Preneur d'assurance est tenu d'adresser à la Société, sur les formulaires qu'elle fournit, endéans les 20 jours de leur réception, le relevé de la totalité des rémunérations allouées en espèces et/ou en nature au cours de l'année écoulée, aux personnes assurées par le contrat. Ledit relevé sert de base au calcul de la prime.

Les rémunérations comprennent, entre autres, les appointements et salaires proprement dits, les primes, commissions, gratifications, participations bénéficiaires, indemnités de vie chère, de déplacements (à l'exclusion de la quotité se rapportant notamment aux frais de transport et de logement) et en général tout ce qui est pris en considération pour l'établissement de la rémunération de base en cas d'accident du travail défini par la législation belge en matière d'accident du travail.

Si le personnel assuré par le présent contrat comprend des administrateurs détenant du conseil d'administration un mandat spécial, tel que gérant, délégué ou directeur, il n'est tenu compte, pour ces personnes, que des rémunérations allouées pour les fonctions exercées, à l'exclusion des émoluments et tantièmes afférents à leur qualité d'administrateur.

Pour les personnes ayant bénéficié d'une rémunération annuelle totale supérieure au montant repris aux conditions particulières du contrat, la déclaration sera limitée à cette somme pour le calcul de la prime.

Le défaut de respecter la déclaration des rémunérations permet, passé un délai de sommation, l'établissement d'un décompte d'office de la prime 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 du droit de la Société d'exiger la déclaration ou d'obtenir le paiement sur base des rémunérations réelles afin de régulariser le compte du Preneur d'assurance.

À défaut pour le Preneur d'assurance de respecter cette obligation, la Société pourra mettre fin au contrat dans les conditions de l'art. 22.

Article 16 Description/modification du risque - Obligation de déclaration du Preneur d'assurance

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

En cours d'exécution du contrat, le Preneur d'assurance a l'obligation de déclarer les circonstances nouvelles ou les modifications de circonstances qui sont de nature à entraîner une diminution ou une aggravation sensible et durable du risque.

Il doit faire connaître par écrit tout contrat semblable souscrit auprès d'un autre assureur.

Article 17 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 la modification. Dans ce cas, le contrat prend fin à l'expiration d'un délai d'un mois, à compter du lendemain du dépôt de l'envoi recommandée, mais au plus tôt à la date d'échéance annuelle qui suit la notification de la 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 aux 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.

TITRE IV VERIFICATION

Article 18.

La Société se réserve le droit absolu de faire vérifier en tout temps, par ses délégués, le risque assuré par elle, ainsi que les déclarations faites par le Preneur d'assurance, soit pour la perception des primes, soit pour l'indemnisation des accidents.

Le Preneur d'assurance s'engage à mettre à la disposition de la Société ou de ses délégués, tous livres de comptabilité ou tous autres éléments intéressant ces déclarations.

TITRE V IMPOTS ET FRAIS

Article 19.

Le coût des contrats et avenants, les droits de timbre et enregistrement, les amendes et autres accessoires sont à charge du Preneur d'assurance.

Article 20.

Toutes impositions établies ou à établir sous une dénomination quelconque et par quelque autorité que ce soit, à charge ou mise à charge de la Société, du chef de tout ou partie des primes perçues, ainsi que les frais de toutes opérations et actes relatifs à la conclusion et/ou à l'exécution de l'assurance sont et seront exclusivement supportés par le Preneur d'assurance.

TITRE VI DUREE DU CONTRAT

Article 21 Durée du contrat

La durée du contrat est d'un an.

Sauf si le preneur d'assurance s'y oppose au moins deux mois avant l'arrivée du terme du contrat, et l'assureur au moins trois mois, ou dans les cas visés à l'article 22, celui-ci est reconduit tacitement pour des périodes égales à la durée initiale .

Article 22 Cessation et résiliation du contrat

1. La résiliation du contrat se fait par exploit d'huissier, par envoi recommandée ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé.

“Le preneur d'assurance peut (après l'expiration d'un délai d'un an suivant l'entrée en vigueur du contrat) résilier le contrat d'assurance à tout moment, et ce sans frais ni pénalités. Cette résiliation prend effet après l'expiration d'un délai de deux mois à compter du jour suivant la signification ou du jour suivant la date du récépissé ou du jour suivant la date de dépôt de l'envoi recommandé”.

2. 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. 17 des conditions générales.

3. La Société se réserve le droit de résilier le contrat par envoi recommandée :

- a) en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque, selon les conditions prévues à l'art. 16 des conditions générales;
- b) en cas de modification sensible et durable du risque selon l'art. 16 des conditions générales;
- c) dans tous les cas de changement de Preneur d'assurance visés à l'art. 24 des conditions générales;
- d) lorsque le Preneur d'assurance reste en défaut de paiement de primes, surprimes ou accessoires selon l'art. 13 et 14 des conditions générales;
- e) en cas de déclaration d'accident non conforme aux dispositions de l'art. 25 des conditions générales;
- f) dans le cas de non-respect de l'art. 18 organisant pour la Société un droit de contrôle du risque assuré et des déclarations de salaires;
- g) en cas de non déclaration des rémunérations suivant les conditions de l'art. 15.

4. Dans tous les cas prévus au 3., à l'exception du point d), la résiliation n'a effet qu'à l'expiration d'un délai d'un mois minimum à compter du lendemain de la signification ou de la date du récépissé ou, dans le cas d'une envoi recommandée à compter du lendemain de son dépôt.

Dans le cas prévu par le point 3 d), les délais mentionnés dans l'art. 14 des conditions générales sont d'application.

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

5. Sans déroger aux autres dispositions prévues en la matière dans le présent contrat, la Société et le Preneur d'assurance peuvent également résilier le contrat après chaque déclaration d'accident, au plus tard un mois après le paiement ou le refus de paiement de l'indemnité.

La résiliation prend effet au plus tôt trois mois après la date de la notification.

La résiliation du contrat par la Société après la déclaration d'un accident prend effet un mois après la date de sa notification lorsque le Preneur d'assurance ou l'assuré ont manqué à l'une des obligations nées de la survenance de l'accident dans l'intention de tromper l'assureur.

Cette résiliation est soumise aux modalités prévues par l'article 86 de la loi du 4 avril 2014 relative aux Assurances.

6. A la date de la cessation définitive des activités de l'entreprise assurée, le contrat s'achève de plein droit.

Article 23 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 la Société peuvent notifier la résiliation du contrat, le premier, par envoi recommandé dans les trois mois et quarante jours du décès, le second, par envoi recommandé dans les trois mois du jour où il a eu connaissance du décès.

Article 24 Transfert de l'entreprise assurée

Lorsque par suite de vente, donation, affermage ou aliénation quelconque, apport, constitution ou fusion de sociétés, ou pour toute autre cause, l'entreprise assurée cesse d'appartenir au Preneur d'assurance, celui-ci est tenu de mentionner dans l'acte de transfert, l'obligation, pour son successeur, de continuer le contrat. Si cette mention fait défaut, l'assurance est suspendue de plein droit et ne reprend ses effets que le jour où le successeur se sera engagé envers la Société par un avenant régularisant la situation ou par un nouveau contrat. Si le successeur ne reprend pas le contrat, le Preneur d'assurance sera tenu au paiement d'une indemnité de résiliation équivalente au montant de la dernière prime annuelle, cette indemnité ne pouvant toutefois être inférieure à 125 EUR.

TITRE VII DECLARATION D'ACCIDENT ET INDEMNISATION

Article 25 Déclaration d'accident

Sauf cas de force majeure, tout accident doit être déclaré immédiatement et au plus tard dans les trois jours, au siège de la Société.

La déclaration devra mentionner les date, cause, circonstances et conséquences de l'accident, les nom, prénoms, domicile, âge, profession et état civil de l'assuré, ainsi que les nom, prénoms et domicile des témoins. Un certificat médical devra y être joint.

Le Preneur d'assurance s'engage, d'autre part, à fournir à la Société ou à ses délégués, tous autres renseignements utiles se rapportant à l'accident.

Si le Preneur d'assurance ne remplit pas ces obligations, la Société a le droit non seulement de réduire sa prestation à concurrence du préjudice qu'elle a subi, mais, en cas de fraude, elle peut décliner sa garantie.

Article 26 Indemnisation

En cas d'accident couvert par le présent contrat, la Société se substitue au Preneur d'assurance pour régler à l'assuré ou ses ayants-droit les indemnités contractuelles. Celles-ci sont payables au siège de la Société sur production d'un certificat décrivant les lésions ou attestant la guérison ou, en cas d'incapacité permanente, d'un certificat de consolidation des lésions.

En cas de décès, il sera procédé à la liquidation des indemnités sur présentation des pièces justificatives (extraits d'actes de naissance, de décès et le cas échéant, de mariage) à fournir par les ayants droit.

Il est expressément convenu :

1. que la Société se réserve le droit de transiger avec l'assuré ou ses ayants droit ;
2. que le Preneur d'assurance ou l'assuré s'interdisent toute transaction ou fixation de dommages sans le consentement écrit de la Société; celle-ci serait déchargée de ses obligations à l'égard du bénéficiaire s'il était contrevenu au présent engagement.

Pour les accidents dus à un acte de terrorisme tel que défini par la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, la hauteur des engagements des entreprises d'assurance ainsi que les délais et pourcentages d'indemnisation sont soumis aux décisions du Comité constitué en application des articles 5 et suivants de ladite loi.

Article 27 Subrogation

Vu le caractère indemnitaire de l'assurance, la Société est par le seul fait du contrat, subrogée dans tous les droits et actions appartenant au Preneur d'assurance, aux personnes assurées ou à leurs ayants droit, contre les tiers, auteurs responsables des accidents.

TITRE VIII JURIDICTION

Article 28.

Conformément à l'article 628, 10° du Code Judiciaire, toute contestation pouvant s'élever entre les parties sera soumise à la compétence du juge du domicile du Preneur d'assurance.

DISPOSITIONS DIVERSES

A. Fraude

Dans le cadre des présentes dispositions, on entend sous le terme « fraude à l'assurance », la tromperie de la Société ou d'une entreprise d'assurance lors de la conclusion ou en cours du contrat d'assurance ou lors de la déclaration ou du traitement d'un sinistre en vue d'obtenir une couverture d'assurance ou une prestation d'assurance.

L'attention du Preneur d'assurance est attirée sur le fait que toute fraude ou tentative de fraude est sanctionnée selon la législation applicable et/ou les dispositions des conditions générales ou particulières, et le cas échéant, peut entraîner des poursuites pénales.

B. Sanctions

Les garanties définies dans ce contrat seront considérées sans effet si par le fait d'accorder ces garanties, la Société s'expose à des sanctions, interdictions ou limitations dans le cadre de l'Organisation des Nations unies ou des sanctions commerciales ou économiques suivant des Lois et Règlements de l'Union européenne, du Royaume Uni ou des Etats-Unis d'Amérique.

C. Protection de vos données 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 transmises sont traitées par FEDERALE 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 FEDERALE Assurance, aux personnes physiques ou entreprises qui interviennent comme prestataire de service ou sous-traitant pour le compte de FEDERALE 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.

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 FEDERALE 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 FEDERALE 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 FEDERALE 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 <http://www.federale.be> ou être obtenues en s'adressant à privacy@federale.be ou FEDERALE 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.