



DG VII Sécurité sociale d'outre-mer – Service Assurés actifs

Numéro de compte : C.P. IBAN : BE56 6790 0735 1788 - BIC : PCHQBEBB

Correspondants :
Serge Prumont
Didier Nys

Téléphone :
02/509 31 91
02/509 31 53

email :
affiliationsattestations-om@onssrszls.fgov.be

Conditions générales des assurances collectives:

- A.** [Assurance complémentaire « soins de santé » Contrats AC et BC](#)
- B.** [Assurance complémentaire « accidents du travail »](#)
- C.** [Assurance complémentaire « accidents de la vie privée »](#)

A. Assurance complémentaire collective «soins de santé» (Article 57 de la loi du 17 juillet 1963)

- [1 Risques couverts](#)
- [2 Risques exclus](#)
- [3 Bénéficiaires](#)
- [4 Périodes d'assurance](#)
- [5 Remboursements](#)
- [6 Renseignements à fournir par le souscripteur](#)
- [7 Pièces à fournir sur demande](#)
- [8 Cotisations](#)
- [9 Prescription](#)
- [10 Durée du contrat](#)
- [11 Juridictions compétentes](#)

ARTICLE 1er.- RISQUES COUVERTS

L'Office des régimes particuliers de sécurité sociale, ci-après dénommé l'Office, s'engage à rembourser aux bénéficiaires visés à l'article 3, les frais de soins de santé, de produits et de matériel pour autant que et dans la mesure où la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, les lois qui l'ont modifiée ou la modifieront ainsi que les arrêtés d'exécution de la législation prévoient un remboursement et notamment :

- 1°) les soins de santé courants comprenant :
 - a) les visites et les consultations des médecins de médecine générale et des médecins spécialistes;
 - b) les soins donnés par des infirmières ;
 - c) les soins donnés par des kinésithérapeutes ;
 - d) les prestations techniques de diagnostic et de traitement qui ne requièrent pas la qualification d'un médecin spécialiste ;
 - e) les soins dentaires, tant conservateurs que réparateurs ;
- 2°) Les accouchements ;
- 3°) les prestations requérant une qualification particulière de médecin spécialiste ou de pharmacien ;
- 4°) la fourniture de prothèses de l'œil, d'appareils auditifs, d'appareils orthopédiques et autres prothèses ;
- 5°) la fourniture de produits pharmaceutiques prescrits, comportant :
 - a) les préparations magistrales ;
 - b) les spécialités pharmaceutiques ;
- 6°) l'hospitalisation pour mise en observation et traitement ;
- 7°) les soins nécessités par la rééducation fonctionnelle ;
- 8°) les prestations nécessitées par la rééducation professionnelle ;

Les frais mentionnés aux 7° et 8° ne sont remboursés que dans la mesure où l'Office a donné son accord préalable ;
- 9°) *en Belgique : les frais de voyage des malades qui doivent être hospitalisés en sanatorium pour tuberculeux pulmonaires ou qui sont traités en ambulatoire dans des centres anticancéreux ou dans des centres de dialyse rénale;
*à l'étranger, le remboursement des frais de voyage susmentionnés est néanmoins limité à 50 euros par trajet aller et retour ;
- 10°) à concurrence d'un montant de 100 euros, le transport des malades, lorsque le bénéficiaire se trouve dans l'impossibilité médicalement reconnue de se déplacer par les moyens normaux de transport en commun et doit être transféré dans un établissement médical ou hospitalier, ou lors du retour de cet établissement au domicile ;

11°) les soins exigés dans le cadre des soins à domicile ;

12°) la fourniture de sang et de dérivés sanguins ;

L'Office rembourse en outre :

- les vaccins ;
- les antipaludiques ou antipaludéens.

ARTICLE 2. - RISQUES EXCLUS

Ne sont pas couverts par le présent contrat :

1) les frais de soins qui trouvent leur source dans :

- a) un accident survenu à l'occasion de la pratique d'un sport dangereux (bobsleigh, ski hors piste, saut à ski, skeleton, hockey sur glace, rugby, football américain, sports de combat ou de défense (boxe, catch, luttres libres dans toutes les formes, karaté...), ascension de montagnes ou de glaciers le long de chemins inexplorés ou par le biais d'une exploration, expéditions spéléologiques ou sous-marines, rafting, chasse aux carnivores ou gros gibier, équitation lorsqu'il s'agit de saut d'obstacles, steeple-chase, dressage, exercices d'équilibriste et d'acrobate (ceux-ci sont toutefois couverts lorsqu'ils font partie d'un programme de gymnastique ou de fitness en général) ; la présente liste est indicative) ou d'un exercice violent pratiqué au cours ou en vue d'une compétition ou exhibition ;
- b) un accident du travail ou accident sur le chemin du travail ;
- c) un accident survenu à la suite de travaux effectués à titre onéreux pour le compte d'un tiers.

2) les examens médicaux d'aptitude et de contrôle imposés par un tiers aux bénéficiaires du présent contrat.

3) les produits pharmaceutiques et fournitures destinés à être utilisés par un bénéficiaire visé à l'article 3 lors de périodes pendant lesquelles il n'est pas couvert par l'assurance.

ARTICLE 3. - BENEFICIAIRES

a) toutes les personnes engagées par le souscripteur qui participent à la sécurité sociale d'outre-mer organisée par la loi du 17 juillet 1963.

Chacune de ces personnes est désignée ci-après par le terme « agent » ;

b) le conjoint non divorcé de l'agent ;

c) la personne cohabitant depuis au moins six mois avec ce dernier. Son inscription en qualité de personne à charge n'est pas possible lorsque le conjoint de l'agent est à charge ou lorsque le conjoint vit sous le toit de l'agent ;

d) les enfants dont la filiation (y compris la filiation adoptive) à l'égard des bénéficiaires visés aux a), b) et c) est établie et qui sont réellement à leur charge ;

e) les petits-enfants qui sont réellement à charge de l'agent ou du bénéficiaire visé aux b) ou c).

Les bénéficiaires visés aux b), c), d), et e) peuvent perdre leur qualité d'ayants droit lorsqu'ils peuvent prétendre au remboursement des frais de soins de santé en vertu de dispositions légales ou réglementaires belges ou étrangères.

Les bénéficiaires visés aux b), c), d) et e) conservent leur droit au remboursement conformément au présent contrat si le souscripteur en faveur du bénéficiaire visé au a) choisit de continuer à verser la prime du présent contrat pendant une période durant laquelle il bénéficie de l'assurance indemnité pour maladie et de l'assurance invalidité du chapitre IV de la loi du 17 juillet 1963 relative à la sécurité sociale d'outre-mer. Si le souscripteur en faveur du bénéficiaire visé au a) choisit de ne pas continuer à verser cette prime, ses frais ainsi que ceux des autres bénéficiaires seront remboursés conformément aux dispositions du chapitre V de la loi du 17 juillet 1963 (barèmes de l'I.N.A.M.I.).

Les bénéficiaires visés aux b) et c) perdent également leur qualité d'ayants droit lorsqu'ils perçoivent un revenu supérieur au montant autorisé pour être considéré comme personne à charge conformément à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, sans préjudice aux droits acquis au 31 décembre 2005.

Ces personnes sont désignées ci-après par le terme "famille de l'agent".

Les enfants et petits-enfants désignés ci-dessus sont en droit de bénéficier du remboursement des frais de soins de santé jusqu'à l'âge de 18 ans accomplis.

Le bénéfice du contrat est maintenu jusqu'à l'âge de 25 ans accomplis aux enfants et petits-enfants qui suivent des cours d'enseignement moyen, supérieur, professionnel ou technique de plein exercice, ou sont en stage non rémunéré ou sous contrat d'apprentissage, ces cours ou stages devant se tenir pendant le jour.

Le bénéfice du remboursement des frais de soins de santé est maintenu durant la période de vacances qui suit la fin de l'année scolaire.

Il peut être maintenu en faveur d'un enfant ou petit-enfant qui interrompt ou termine ses études, pendant le stage d'attente des allocations de chômage.

Il est maintenu sans limite d'âge en faveur des enfants ou petits-enfants qui, en raison de leur état physique ou mental, sont incapables d'exercer une activité professionnelle quelconque.

Ces personnes doivent être nommément désignées par le souscripteur comme prévu à l'article 6.

ARTICLE 4. - PERIODES D'ASSURANCE

Les interventions de l'Office dans les frais de soins de santé déterminés par l'article 1er sont accordées aux bénéficiaires lorsque des cotisations sont versées dans le régime général de la sécurité sociale d'outre-mer et dans le cadre du présent contrat, exception faite des périodes durant lesquelles l'assurance maladie-invalidité est d'application, périodes pendant lesquelles le souscripteur peut choisir de ne continuer à verser des cotisations que dans le cadre du présent contrat pour le ou les agents concernés.

ARTICLE 5. - REMBOURSEMENTS

- 1) Les frais ne donnent lieu à remboursement que s'ils sont dispensés sur prescription médicale.
- 2) L'Office procède au remboursement, en euro, des frais de soins sur production des pièces justificatives détaillées dûment acquittées, accompagnées d'un relevé récapitulatif des documents envoyés portant le numéro d'affiliation du souscripteur et le numéro d'affiliation de l'agent.
- 3) Lorsque les frais sont exposés dans un pays situé hors de la zone euro, l'Office procède au remboursement en euro de la contre-valeur des sommes dues en exécution du présent contrat, au cours officiel du change pratiqué le premier du mois précédant celui du remboursement.

Lorsque le paiement est effectué hors de Belgique, les frais de change et/ou de transfert sont à charge du destinataire.

L'Office peut procéder au contrôle approfondi des frais qui lui sont transmis et met en suspend le remboursement de ces frais durant ce contrôle.

- 4) Les frais de soins résultant d'une maladie ou d'un accident dont un tiers pourrait être tenu pour responsable ne seront remboursés par l'Office que si le bénéficiaire le subroge dans ses droits contre le tiers responsable, dans la mesure des remboursements qui lui sont accordés.
- 5) L'Office se réserve le droit de décliner son intervention, de la limiter ou d'exiger le remboursement des interventions liquidées indûment en cas de surfacturation manifeste ou de fraude avérée.

ARTICLE 6. - RENSEIGNEMENTS A FOURNIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

- a) Le souscripteur s'engage à adresser à l'Office, lors de la souscription du contrat, une liste nominative des agents engagés et leurs pays d'activité ainsi que la composition de la famille telle qu'elle est définie à l'article 3.

Toute modification de la situation familiale d'un agent est portée à la connaissance de l'Office (p. ex. mariage, naissance, décès,...).

Tous les renseignements mentionnés ci-dessus doivent être accompagnés d'attestations justificatives et/ou d'actes ou d'extraits d'actes de l'état civil et/ou, le cas échéant et à la demande de l'Office, d'une déclaration sur l'honneur.

Le souscripteur fera connaître à chaque membre de son personnel le numéro d'affiliation à l'Office. Ce numéro sera reproduit sur le carnet à délivrer à chaque agent ou aux membres de sa famille.

- b) Lors de l'engagement d'un nouvel agent, le souscripteur adressera à l'Office une déclaration de participation aux assurances, modèle IV, en précisant la date d'engagement et tous les renseignements repris ci-dessus en y joignant les pièces justificatives.

Lorsque le souscripteur a omis d'établir cette déclaration, l'Office, ne pouvant préjuger de la couverture acquise par la seule production de factures présentées par le nouvel agent ou les membres de sa famille, renverra lesdites factures et ne les honorera que lorsqu'il aura été établi que l'agent était effectivement couvert par l'assurance à la date de la fourniture des soins.

- c) En cas de démission, de licenciement ou de décès d'un agent, le souscripteur en avisera immédiatement l'Office en précisant la date jusqu'à laquelle l'agent demeure couvert par le présent contrat.

Tout agent du souscripteur est présumé bénéficiaire du présent contrat aussi longtemps que l'Office n'a pas reçu la notification précitée.

- d) L'Office se réserve le droit d'exiger du souscripteur le remboursement des interventions liquidées indûment en raison de l'absence, de l'insuffisance, de la communication tardive des renseignements qu'il est tenu de fournir aux termes du présent article ou d'une fausse déclaration.
- e) Toute modification de la situation de l'agent ayant un effet sur son droit de participer à la sécurité sociale d'outre-mer (p.ex. pays d'activité) est portée à la connaissance de l'Office.
- f) Les hospitalisations dont la durée prévisible excède un mois sont portées à la connaissance de l'Office.

ARTICLE 7. – PIECES A FOURNIR SUR DEMANDE

L'Office se réserve le droit de réclamer aux agents et membres de leur famille les attestations et/ou actes ou extraits d'actes de l'état civil qu'il juge nécessaires.

ARTICLE 8. - COTISATIONS

- a) La cotisation mensuelle, fixée conformément aux conditions particulières du présent contrat, est due pour tout mois au cours duquel l'agent participe à la sécurité sociale d'outre-mer et est couvert par le présent contrat.

- b) La cotisation varie par référence à l'indice des prix à la consommation, conformément aux dispositions de la loi du 2 août 1971, rattachant notamment les cotisations sociales aux variations dudit indice, et des législations qui l'ont modifiée ou la modifieront.
- c) Les cotisations afférentes à une période déterminée sont déclarées sur le "relevé des cotisations mensuelles" (Modèle V) utilisé pour la déclaration des cotisations du régime général de la sécurité sociale d'outre-mer afférentes à la même période, en conformité avec les dispositions de l'arrêté royal du 15 septembre 1965 relatif à la perception des cotisations et des dispositions qui le modifient.
- d) La cotisation est versée au C.P. n° 679-0073517-88 (SWIFT ou BIC : PCHQBEBB ; IBAN : BE56 6790 0735 1788) de l'Office selon les mêmes modalités que celles prévues dans le régime général de la sécurité sociale d'outre-mer (A.R. du 15/09/1965) en un versement commun avec celles-ci. En cas de versement tardif, elles sont majorées d'un intérêt de retard calculé au taux prévu par ces dispositions.
- e) Par dérogation aux articles 1253 et suivants du code civil qui donnent le droit au débiteur de dettes différentes, quand il paie, de déclarer quelle dette il veut payer, le souscripteur donne à l'ORPSS le droit d'imputer les paiements effectués sur toutes sommes dues en exécution du présent contrat.

ARTICLE 9.- PRESCRIPTION

L'action en paiement des prestations se prescrit à l'expiration d'un délai de trois ans à compter de la date à laquelle ces prestations ont été fournies.

ARTICLE 10. - DUREE DU CONTRAT

Le contrat produit ses effets à partir de la date fixée dans les conditions particulières.

Il peut être résilié moyennant préavis d'un mois au minimum, par lettre recommandée, prenant cours le 1^{er} jour du mois suivant celui au cours duquel l'envoi recommandé est déposé à la poste.

A défaut de paiement conformément aux termes de l'article 8d), l'Office peut mettre un terme au présent contrat, par lettre recommandée, moyennant préavis de quinze jours au minimum, prenant cours le lendemain du dépôt de l'envoi recommandé à la poste.

ARTICLE 11. – JURIDICTIONS COMPETENTES

Les Cours et Tribunaux du Travail de Belgique sont seuls compétents pour connaître de toute contestation née de l'application du présent contrat.

B. Assurance complémentaire collective «accidents du travail» (Article 57 de la loi du 17 juillet 1963)

1 Définitions

2	Risques exclus
3	Risques particuliers
4	Assurés
5	Effets de l'assurance
6	Cotisations
7	Déclarations du souscripteur ou de l'assuré et sanctions
8	Indemnisation des dommages causés par un accident du travail (Allocations – Rentes – Frais médicaux)
9	Choix de la formule de réparation
10	Mode de calcul des indemnisations
11	Attribution d'une partie de la valeur capitalisée des rentes viagères
12	Limitations de l'assurance
13	Examens médicaux
14	Prescription
15	Accord/Révision
16	Responsabilité de tiers
17	Disposition financière
18	Accord du souscripteur
19	Durée du contrat
20	Formules d'assurance
21	Juridictions compétentes

ARTICLE 1er.- DEFINITIONS

Il faut entendre par :

Office : l'Office national de sécurité sociale ;

Souscripteur : la ou les personnes physiques ou morales qui souscrivent l'assurance et s'engagent à payer les primes ;

Assurés : les personnes définies par les conditions générales (article 4) au service du souscripteur désigné dans les conditions particulières ;

Accident du travail :

- tout accident survenu à un travailleur dans le cours et par le fait de l'exécution du contrat de louage de travail et qui cause une lésion corporelle entraînant une incapacité de travail, le décès ou à tout le moins des frais de soins de santé ou pharmaceutiques.
- L'accident survenu dans le cours de l'exécution du contrat est présumé, jusqu'à preuve du contraire, survenu par le fait de cette exécution.
Lorsque la victime ou ses ayants droit établissent, outre l'existence d'une lésion, celle d'un événement soudain, la lésion est présumée, jusqu'à preuve du contraire, trouver son origine dans un accident.
- est également considéré comme accident du travail l'accident survenu sur le chemin du travail.

Chemin du travail :

- le trajet aller et retour, par voie normale ou par voie approuvée par l'Office vers le pays d'exécution du travail ;
- le trajet normal que le travailleur doit parcourir pour se rendre de sa résidence au lieu de l'exécution du travail et inversement.
Le trajet de la résidence au lieu du travail commence dès que le travailleur franchit le seuil de sa résidence et finit dès qu'il en franchit de nouveau le seuil.

ARTICLE 2. - RISQUES EXCLUS

Ne sont pas couverts par la présente assurance :

- a) Les risques de recherches et d'expériences sur la désintégration de la matière ;
- b) Les conséquences des explosions atomiques ;
- c) Les sinistres survenant ou résultant de : grèves politiques, grèves entraînant une participation active dans une manifestation publique ou dans un piquet de grève ou toute autre confrontation physique, émeutes, actes de malveillance ayant une origine politique, insurrection armée ou non, mouvements populaires politiques, troubles civils, révolution, rébellion, rapt, enlèvement et demande de rançon, terrorisme (y compris le terrorisme bactériologique-chimique), guerre, guerre civile, mouvement militaire y compris l'intervention de forces étrangères ou toute usurpation de pouvoir et, en général, toute activité de toute organisation dont les buts sont ou comprennent le renversement ou l'intention d'influencer tout gouvernement de jure ou de facto, par le terrorisme ou par la force ;
- d) Les sinistres survenant à des personnes assurées lorsqu'elles seraient engagées ou prendraient part à des opérations militaires terrestres, navales ou aériennes, ou lorsqu'elles seraient activement engagées dans toute autre force armée ainsi que les sinistres causés par des engins de guerre ;

ARTICLE 3. - RISQUES PARTICULIERS

Les risques résultant des activités ci-dessous ne sont considérés comme assurés qu'après communication par écrit à l'Office qui les aura formellement acceptés :

- 1) Travail à bord d'un navire en qualité de membre d'équipage ;
- 2) Travaux sur des plates formes pétrolières off et on shore ;
- 3) Arrimage ;
- 4) Dragage ;
- 5) Essai de bateau en mer ;
- 6) Travaux sous l'eau – plongée sous-marine.
L'assuré devra communiquer au plus tard le 1^{er} mars de chaque année pour l'année antérieure, le nombre de plongées sous-marines effectuées, la profondeur atteinte, la durée des plongées et la période pendant laquelle ces plongées ont été effectuées. Une attestation de l'employeur sera fournie à l'ONSS;
- 7) Exploitation de chemins de fer ;
- 8) Secteur de l'armement ;
- 9) Secteur de la sécurité (garde du corps, installations) ;
- 10) Fabrication ou utilisation de cartouches, fusées, dynamite, nitroglycérine, explosifs et produits azotés ;
- 11) Construction et réparation de tunnels, ponts, barrages et batardeaux ;
- 12) Extraction et raffinage de combustibles gazeux ;
- 13) Travaux dans des fabriques chimiques ;
- 14) Travaux dans des mines souterraines ;
- 15) Travaux dans des carrières avec usage d'explosifs ;
- 16) Travaux exécutés en hauteur (tours, clochers, bâtiments de plus de 30 m, ou similaires) ;
- 17) Entreprises de transport aérien
Le travail de l'assuré en tant que membre du personnel navigant lors de l'emploi d'aéronefs lui appartenant ou appartenant à son employeur ;
- 18) Usage d'avions bimoteurs et de monomoteurs petits porteurs, hélicoptère ou U.L.M. ;
Si l'assuré est amené à piloter un de ces moyens de transport pour son activité professionnelle, il faudra qu'il communique à l'ORPSS, au plus tard le 1^{er} mars de chaque année pour l'année antérieure, le nombre de vols effectués (un vol = décollage+atterrissage) ;
- 19) Sauts en parachute. L'assuré devra communiquer à l'ONSS, au plus tard le 1^{er} mars de chaque année pour l'année antérieure, le nombre de sauts en parachute effectué. Une attestation de l'employeur sera fournie à l'ONSS ;
- 20) Activités professionnelles exercées en Irak ;

ARTICLE 4. - ASSURES

Seules peuvent être assurées par l'Office, les personnes qui exercent leur activité professionnelle au service d'un employeur et qui participent à la sécurité sociale d'outre-mer organisée par la loi du 17 juillet 1963.

Le contrat souscrit par un employeur doit couvrir tous les membres de son personnel qui participent à la sécurité sociale d'outre-mer

ARTICLE 5. - EFFETS DE L'ASSURANCE

Le contrat prend cours à partir de la date fixée dans les conditions particulières.

L'assurance ne couvre que les périodes pour lesquelles les cotisations sont versées dans le cadre du présent contrat et dans le régime général de la sécurité sociale d'outre-mer.

ARTICLE 6. - COTISATIONS

Une cotisation fixée conformément aux conditions particulières du présent contrat est due pour la présente assurance pour chaque personne et pour chaque mois au cours duquel celle-ci participe à la sécurité sociale d'outre-mer.

La cotisation mensuelle est indivisible ; elle varie par référence à l'indice des prix à la consommation, conformément aux dispositions de la loi du 2 août 1971 (M.B. 20 août 1971), liant notamment les cotisations sociales aux variations dudit indice, et des législations qui viendraient à la modifier.

Le montant des cotisations est porté au relevé de cotisations (Modèle V) en même temps que celles qui sont prévues pour le régime général de la sécurité sociale d'outre-mer (A.R. du 15/9/1965).

La cotisation est versée au C.P. n° 679-0073517-88 (SWIFT ou BIC : PCHQBEBB ; IBAN : BE56 6790 0735 1788) de l'Office selon les mêmes modalités que celles prévues dans le régime général de la sécurité sociale d'outre-mer (A.R. du 15/09/1965) en un versement commun avec celles-ci. En cas de versement tardif, elles sont majorées d'un intérêt de retard calculé au taux prévu par ces dispositions.

ARTICLE 7. – DECLARATIONS DU SOUSCRIPTEUR OU DE L'ASSURE ET SANCTIONS

- a) Lors de la souscription du contrat

Le souscripteur déclare précisément les conditions dans lesquelles l'assuré doit exercer son activité professionnelle et la voie normale du trajet vers le pays d'exécution du travail.

Si, intentionnellement, il omet de déclarer ou déclare de façon inexacte des éléments d'appréciation du risque, le contrat sera réputé nul et les primes seront dues jusqu'au moment où l'Office aura eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

Si l'omission ou l'inexactitude ne sont pas intentionnelles, l'Office proposera dans le mois suivant le jour où il en aura pris connaissance un contrat modifié ou résiliera le contrat dans le même délai s'il apporte la preuve qu'il n'aurait pas couvert le risque s'il en avait eu connaissance à la conclusion du contrat.

Si le souscripteur refuse ou ne marque pas son acceptation sur les nouvelles conditions dans un délai d'un mois suivant la réception de la proposition, l'Office peut résilier le contrat dans les quinze jours suivant ce délai.

En l'absence de résiliation ou de proposition de modification du contrat dans les délais fixés, les éléments nouveaux sont réputés acceptés par l'Office aux conditions initiales.

Si l'omission ou l'inexactitude ne peuvent être reprochées au souscripteur et si un sinistre survient avant que la modification ou la résiliation susvisées n'ait pris effet, l'Office fournira la prestation convenue.

b) Lors d'un départ vers le lieu d'activité professionnelle ou du retour

S'il échet, le souscripteur avertit l'Office de tout changement dans la voie normale vers ou depuis le pays d'exécution du travail (en ce compris le mode de transport) et obtient l'accord écrit de l'Office sur ledit changement. Sans réaction de l'Office dans les deux jours suivant la réception de la demande, ce changement est réputé accepté.

Le souscripteur peut être déchu de son droit à l'assurance si le manquement à cette obligation est en lien direct avec le sinistre.

c) Lors d'une modification du risque

Si, au cours de l'exécution du contrat, le risque a diminué de façon sensible, le souscripteur peut demander à l'Office une révision à la baisse de sa cotisation. Si, dans le mois qui suit la demande de révision, les parties ne parviennent pas à se mettre d'accord sur la cotisation nouvelle, le souscripteur peut résilier le contrat avec effet au dernier jour du mois en cours.

Au cours de l'exécution du contrat, le souscripteur est tenu de communiquer immédiatement à l'Office les circonstances nouvelles de nature à accroître sensiblement et durablement le risque de survenance de l'événement assuré.

Si ce risque s'est à ce point aggravé que l'Office n'aurait consenti à couvrir le souscripteur qu'à d'autres conditions, si l'aggravation avait existé au moment de la souscription, l'Office proposera dans le mois suivant le jour où il en aura pris connaissance un contrat modifié. Il résiliera le contrat dans le même délai s'il apporte la preuve qu'il n'aurait pas couvert le risque s'il en avait eu connaissance à la conclusion du contrat.

Si le souscripteur refuse ou ne marque pas son accord sur les nouvelles conditions dans un délai d'un mois suivant la réception de la proposition, l'Office peut résilier le contrat dans les quinze jours suivant ce délai.

En l'absence de résiliation ou de proposition de modification du contrat dans les délais fixés, les circonstances nouvelles sont réputées acceptées par l'Office aux conditions initiales.

Si le manquement à la présente obligation ne peut être reproché au souscripteur et si un sinistre survient, l'Office fournira la prestation convenue.

Si le caractère frauduleux du défaut de déclaration est démontré, le souscripteur sera déchu de la garantie et l'Office gardera les primes échues à titre de dommages et intérêts.

d) Lors de la déclaration de l'accident

Il appartient au souscripteur ou aux assurés d'aviser au plus tôt l'Office de tout accident dont le présent contrat a pour objet de garantir le risque.

L'Office peut refuser de prendre en considération tout accident qui ne lui a pas été déclaré dans les trois mois de sa survenue, sauf si l'avis a été donné aussi rapidement que cela pouvait raisonnablement se faire.

Mention sera faite, soit dans la déclaration précitée, soit dans une déclaration complémentaire :

- si l'assuré est décédé :
 1. des nom, prénoms et date de naissance de l'assuré ;
 2. de la date du décès de l'assuré ;
 3. des nom, prénoms et de la date de naissance du conjoint ;
 4. des nom, prénoms et des dates de naissance des enfants ;
 5. le cas échéant, des nom, prénoms et des dates de naissance des père et mère de la victime.
- si l'assuré a subi des lésions dont il a gardé une incapacité de travail :
 1. des nom, prénoms et de la date de naissance de l'assuré ;
 2. de la nature de la lésion qui sera établie par un certificat médical.

De façon générale, le souscripteur ou l'assuré répondront sans retard aux demandes de l'Office visant à déterminer les circonstances et à fixer l'étendue du sinistre.

Le souscripteur peut être partiellement déchu de son droit à l'assurance si le manquement à une des obligations prévues dans ce point d) entraîne un préjudice pour l'Office.

L'Office décline sa garantie si ledit manquement revêt un caractère frauduleux.

ARTICLE 8. - INDEMNISATION DES DOMMAGES CAUSES PAR UN ACCIDENT DU TRAVAIL (Allocations - Rentes - Frais médicaux)

§ 1er.- Incapacités

Indemnités et allocations.

Les indemnités et allocations prévues ci-après sont dues à la victime à partir du 31ème jour qui suit le début de l'incapacité résultant de l'accident du travail.

- a) - Incapacité temporaire totale : indemnité par jour calendrier.
- Incapacité temporaire partielle de travail : est indemnisée à concurrence du taux d'incapacité, hormis le cas où la victime poursuit l'exercice de son activité professionnelle. Toutefois, si cette activité s'exerce à temps partiel, l'indemnité reste due à concurrence du rapport temps non presté/temps plein.
- b) - Incapacité permanente : à dater de la consolidation des lésions, allocation annuelle qui est majorée de 50 % au maximum lorsque l'état de la victime exige absolument et normalement l'assistance d'une tierce personne. A l'expiration du délai de révision prévu à l'art. 15, § 3, l'allocation annuelle est remplacée par une rente viagère.
- En cas d'incapacité permanente partielle le montant de l'allocation est déterminé conformément au tableau figurant à l'annexe 1.
- Lorsqu'à l'expiration de la période de révision visée à l'art. 15, § 3, l'incapacité permanente n'atteint pas 10 %, la valeur de la rente viagère est payée à la victime.

§ 2.- Frais de soins et de transport nécessités par l'accident du travail :

- a) les frais de transport (déplacements à la demande soit de l'Office, soit du tribunal, soit de l'expert désigné par le juge ou pour raisons médicales) aux conditions suivantes :
- si l'état de santé le justifie, les frais réels de véhicule médicalisé ;
 - les frais réels de transport en commun (2^{ème} classe) ;
 - un forfait par kilomètre pour l'utilisation d'une voiture personnelle (cf. annexe 1).
- b) Les frais de soins de santé nécessités par l'accident du travail et qui ont été explicitement approuvés par l'Office sont pris en charge par ce dernier dès le jour de l'accident. L'assuré a droit aux soins médicaux, opératoires, pharmaceutiques et infirmiers, en ce compris les appareils de prothèse et d'orthopédie rendus nécessaires par l'accident ainsi que leur remplacement ou entretien.

Les frais de rapatriement ou de transfert vers un autre pays explicitement approuvés par l'Office sont également remboursés.

Les interventions de l'Office en matière de soins et de frais de transport nécessités par l'accident cessent après l'expiration du délai de révision visé à l'art. 15, § 3, sauf pour les personnes qui ne peuvent pas prétendre à des avantages de même nature en application d'autres dispositions légales ou réglementaires ou d'un accord de réciprocité.

§ 3.- Cas mortel

Lorsque avant l'expiration du délai visé à l'art. 15, § 3, la victime décède des suites de l'accident ou que son décès est dû aux conséquences de celui-ci, il est attribué :

- a) frais funéraires : un montant forfaitaire (cf. annexe 1) ;
- b) les frais de rapatriement du corps du défunt, plafonnés (cf. annexe 1);
- c) au conjoint non séparé de corps au moment de l'accident ou au conjoint non séparé de corps au moment du décès à condition que
 - le mariage ait été conclu au moins un an avant le décès de l'assuré ;
 - ou qu'un enfant soit né du mariage ;
 - ou qu'au moment du décès, un enfant bénéficiant d'allocations familiales soit à charge d'un des conjoints : une rente viagère.
- d) aux orphelins appartenant aux catégories de bénéficiaires de rentes d'orphelins du régime général de la sécurité sociale d'outre-mer ;
 - de père ou de mère : une rente temporaire* ;
 - de père et de mère : une rente temporaire* majorée.

e) aux père et mère de la victime : une rente viagère pour autant qu'ils aient bénéficié régulièrement d'une quote-part de la rémunération de la victime et que celle-ci n'ait pas ou plus été engagée dans les liens du mariage au moment du décès.

§ 4.- Les frais de soins de santé et de transport ainsi que l'indemnité de frais funéraires sont payés à ceux qui en ont pris la charge.

ARTICLE 9. - CHOIX DE LA FORMULE DE REPARATION

Lors de la conclusion du contrat, le souscripteur communique à l'Office une liste nominative des membres de son personnel et la formule d'assurance choisie (cf. annexe1). Ce renseignement doit également être communiqué pour tout nouvel assuré.

Sans préjudice de l'application de l'art. 10, le souscripteur peut, en cours d'exécution du contrat, modifier le choix de la formule d'indemnisation.

ARTICLE 10. - MODE DE CALCUL DES INDEMNISATIONS

Les montants des indemnisations visées à l'art. 8 sont calculés sur la base de la formule d'assurance à laquelle correspond la dernière cotisation versée avant l'accident.

Ces montants sont égaux à ceux prévus par la formule d'assurance applicable, tels qu'ils sont fixés au tableau figurant à l'annexe1, multipliés par un coefficient de réévaluation représenté par une fraction dont le numérateur est la somme des cotisations des douze mois précédant celui de l'accident et dont le dénominateur représente 11,8626 fois la cotisation telle qu'elle est fixée au 1er janvier 1990.

Lorsqu'au moment de l'accident la victime compte moins de 12 mois d'assurance dans la formule applicable au règlement du sinistre, les indemnisations sont calculées en supposant versées, pour les mois manquants, les cotisations prévues par cette formule, compte tenu de l'index en vigueur au cours de chacun de ces mois.

Lorsqu'au moment où l'accident est survenu aucune cotisation n'a été versée et que les délais pour le faire ne sont pas expirés, les réparations sont accordées conformément à la formule choisie par le souscripteur pour la victime ou, si ce choix n'a pas été communiqué à l'Office avant l'accident, conformément à la formule assurant les indemnisations les moins élevées.

ARTICLE 11. - ATTRIBUTION D'UNE PARTIE DE LA VALEUR CAPITALISEE DES RENTES VIAGERES

Les assurés et leurs ayants droit, bénéficiaires d'une rente viagère (à l'exclusion des orphelins) ont la faculté d'obtenir le paiement de tout ou partie de la valeur capitalisée de la quote-part de la rente excédant le montant fixé par la formule assurant la rente la moins élevée prévue au tableau figurant à l'annexe 1 tel qu'il était en vigueur au moment de l'accident.

La faculté précitée doit être exercée par la victime au plus tard deux ans après l'expiration du délai de révision et par les autres bénéficiaires au plus tard deux ans après la date à laquelle l'Office leur aura notifié le montant de la rente qui leur est attribuée.

La valeur en capital de la rente est obtenue en multipliant la rente par la valeur actuelle - HFR 68-72, intérêt 4,75 % - d'une rente viagère annuelle d'un euro.

ARTICLE 12. - LIMITATIONS DE L'ASSURANCE

L'assurance est limitée de manière que l'ensemble des charges et engagements quelconques supportés par l'Office du chef d'un assuré en exécution du présent contrat ou, le cas échéant, de plusieurs contrats souscrits auprès de l'Office en matière d'accidents, n'excède pas 1 million d'euros.

Les charges et engagements de l'Office ne peuvent en outre excéder 5 millions d'euros par sinistre, quel que soit le nombre de contrats mis en jeu par celui-ci. Cette limite n'est toutefois pas d'application en matière de transport aérien.

ARTICLE 13.- EXAMENS MEDICAUX

§ 1er. Lorsque le montant des indemnisations dépend de l'appréciation des conséquences de l'accident sur l'état physique de l'assuré, l'Office n'est tenu de proposer le montant des allocations ou rentes dont il estime être redevable à l'assuré que pour autant que celui-ci ait fourni au médecin conseil de l'Office tout document médical utile en sa possession et se soit soumis à tous les examens requis par ce praticien.

§ 2. Aucune des parties ne pourra citer l'autre en justice aux fins de faire procéder à cette appréciation, avant de l'avoir invitée, par lettre recommandée, à soumettre l'assuré à un examen conjoint d'un médecin désigné par l'Office et d'un médecin désigné par l'assuré.

L'invitation adressée à l'Office comporte la désignation de ce médecin ; celle adressée par l'Office invite l'assuré à procéder à cette désignation dans les trente jours.

Si l'assuré atteste par un certificat médical qu'il se trouve dans l'impossibilité de se déplacer, l'examen conjoint est effectué à son domicile.

* due aussi longtemps que l'orphelin bénéficie d'allocations familiales et en tout cas jusqu'à ses 18 ans.

ARTICLE 14.-PRESCRIPTION

- § 1er Sans préjudice des dispositions de l'article 15, § 3, aucun recours ne peut être introduit par le souscripteur ou par l'assuré contre une décision de l'Office notifiée par lettre recommandée, plus de trois mois après la date de cette notification.
- §2 L'action en paiement des indemnités est prescrite trois ans après l'accident.

ARTICLE 15.- ACCORD/REVISION

- § 1er. Sous réserve des dispositions du § 3, l'Office fait connaître à l'intéressé ou à chacun des intéressés, dans les trois mois de la réception des informations visées à l'article 13 et des pièces justificatives, le montant des indemnités, allocations ou rentes qu'il doit à la victime d'un accident du travail ou aux ayants droit. Il invite l'intéressé ou chacun des intéressés à marquer son ou leur accord sur ce montant.
- § 2. L'accord des parties est constaté par un acte sous seing privé, la convention de consolidation, que l'Office propose à la signature du bénéficiaire ou de chacun des bénéficiaires.
- § 3. La demande en révision des indemnités, fondée sur une modification de la perte de capacité de travail de la victime ou sur son décès dû aux conséquences de l'accident du travail, doit être introduite par lettre recommandée dans les trois ans qui suivent la signature de l'accord visé au paragraphe 2.
- Dès qu'il dispose des informations médicales nécessaires, l'Office propose le montant nouveau auquel il fixe les indemnités et invite le bénéficiaire ou chacun des bénéficiaires à marquer son ou leur accord sur celui-ci.
- Le nouvel accord peut dans les mêmes conditions faire l'objet de demandes de révision sans que les demandes successives puissent avoir pour effet de prolonger le délai de trois ans prévu ci-dessus endéans lequel les demandes de révision doivent être introduites.
- § 4. L'Office peut, à tout moment, au cours de la période de trois ans visée au § 3, inviter l'assuré à se soumettre à un examen médical de contrôle. Cet examen est subi au cabinet du médecin conseil de l'Office sur convocation de celui-ci. Toutefois, le médecin conseil peut, soit procéder à l'examen au domicile de l'assuré, soit inviter celui-ci à lui fournir tout rapport médical qu'il estime nécessaire pour fonder son opinion sur l'état physique de l'assuré.
- § 5. Lorsque l'assuré omet de se conformer pendant plus de trois mois, après l'envoi d'une lettre recommandée, à l'une des obligations visées au présent article, l'Office peut suspendre le dossier et/ou le paiement des indemnités.

ARTICLE 16.- RESPONSABILITE DE TIERS

Les indemnités résultant d'un accident dont un tiers pourrait être rendu responsable ne seront versées par l'Office que si l'assuré ou ses ayants droit lui cèdent leurs droits d'obtenir du tiers responsable indemnité du préjudice matériel causé par l'accident, dans la mesure des indemnités qui pourraient être accordées par la présente assurance.

L'employeur, son mandataire ou son préposé ne peuvent être considérés comme tiers que dans les cas suivants :

- a) l'employeur :
- lorsqu'il a causé intentionnellement l'accident du travail;
 - lorsqu'il a causé intentionnellement un accident ayant entraîné un accident du travail ;
 - lorsque l'accident du travail a causé des dommages aux biens du travailleur,
 - lorsque l'accident est survenu sur le chemin du travail ;
- b) le mandataire ou le préposé de l'employeur :
- lorsqu'ils ont causé intentionnellement l'accident du travail ;
 - lorsque l'accident est survenu sur le chemin du travail.

ARTICLE 17.- DISPOSITION FINANCIERE

Les obligations des parties sont libellées en euro ; les cotisations et indemnités sont payables en euro.

ARTICLE 18.- ACCORD DU SOUSCRIPTEUR

L'accord du souscripteur sur les présentes conditions générales se marque par l'apposition de sa signature au bas des conditions particulières du présent contrat.

ARTICLE 19.- DUREE DU CONTRAT

Sauf disposition contraire, le contrat est conclu pour une période indéterminée.

Il peut être résilié moyennant préavis d'un mois au minimum, par lettre recommandée, prenant cours le 1^{er} jour du mois suivant celui au cours duquel l'envoi recommandé est déposé à la poste.

A défaut de paiement conformément aux termes de l'article 6, l'Office peut mettre un terme au présent contrat, par lettre recommandée, moyennant préavis de quinze jours au minimum, prenant cours le lendemain du dépôt de l'envoi recommandé à la poste.

ARTICLE 20.- FORMULES D'ASSURANCE

Les formules d'assurance des dommages résultant des accidents du travail sont fixées conformément au tableau figurant à l'annexe 1.

ARTICLE 21.- JURIDICTIONS COMPETENTES

Les Cours et Tribunaux du travail de Belgique sont seuls compétents pour connaître de toute contestation née de l'application du présent contrat.

C. Assurance complémentaire collective «accidents de la vie privée» (Article 57 de la loi du 17 juillet 1963)

[1 Définitions](#)

[2 L'assuré](#)

[3 Applicabilité des dispositions du contrat d'assurance contre les accidents du travail](#)

[4 Attribution de tout ou partie de la valeur capitalisée des rentes viagères](#)

[5 Risques exclus](#)

[6 Risques particuliers](#)

[7 Accord du souscripteur](#)

[8 Formules d'assurance](#)

[9 Juridictions compétentes](#)

ARTICLE 1er.- DEFINITIONS

Il faut entendre par :

Office : l'Office national de sécurité sociale ;

Souscripteur : la ou les personnes physiques ou morales qui souscrivent l'assurance et s'engagent à payer les primes ;

Assurés : les personnes définies par les conditions générales (article 2) au service du souscripteur désigné dans les conditions particulières ;

Accident : tout événement fortuit, soudain, anormal, causé directement par l'action d'une force extérieure, violente, étrangère à la volonté de l'assuré et entraînant une lésion du corps humain.

Sans préjudice à l'application des dispositions des articles 3, 5, et 6 la garantie prévue par le présent contrat comprend :

- 1.- les accidents causés par les explosions, les décharges électriques, la foudre ou d'autres phénomènes atmosphériques ;
- 2.- l'asphyxie par le dégagement imprévu de gaz ou vapeurs ou par chute involontaire dans l'eau;
- 3.- l'empoisonnement du sang, survenu par suite d'accident garanti par le contrat ;
- 4.- les cas de rage produits par morsures d'animaux, dûment constatés et régulièrement déclarés;
- 5.- les accidents résultant d'attentats ou d'agressions à caractère non politique commis contre la personne de l'assuré ;
- 6.- les accidents survenus lors du sauvetage de personnes ou de biens et les blessures reçues en cas de légitime défense ;
- 7.- les accidents survenus à l'assuré en faisant usage de tout moyen de transport terrestre ou maritime ;
- 8.- les accidents pouvant atteindre l'assuré lors de la pratique d'un sport.

ARTICLE 2.- L'ASSURE

Seules peuvent être assurées en exécution du présent contrat, les personnes assurées par l'Office contre les accidents du travail.

Le contrat souscrit par un employeur doit couvrir tous les membres de son personnel qui participent à la sécurité sociale d'outre-mer.

ARTICLE 3.- APPLICABILITE DE DISPOSITIONS DU CONTRAT D'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Les dispositions des articles 2, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17 et 19 du contrat d'assurance contre les accidents du travail sont applicables au présent contrat. Les mots "accidents du travail" qui y figurent sont remplacés par les mots "accidents de la vie privée".

ARTICLE 4.- ATTRIBUTION DE TOUT OU PARTIE DE LA VALEUR CAPITALISEE DES RENTES VIAGERES

L'assuré peut se réserver ainsi qu'à ses ayants droit, bénéficiaires d'une rente viagère (à l'exclusion des orphelins) la faculté d'obtenir le paiement de tout ou partie de la valeur capitalisée de la rente.

Les dispositions des deuxième et troisième alinéas de l'article 11 du contrat d'assurance contre les accidents du travail sont d'application pour l'exécution du présent contrat.

ARTICLE 5.- RISQUES EXCLUS

Sont exclus de l'assurance, outre ce qui est prévu à l'article 2 du contrat d'assurance contre les accidents du travail :

1. les accidents du travail et les accidents survenus sur le chemin du travail;
2. les accidents survenus lorsque l'assuré est appelé ou rappelé sous les armes;
3. ceux occasionnés par duel, rixe, lutte sauf si l'assuré s'est trouvé en état de légitime défense ; par un acte intentionnel de l'assuré ou qui est survenu alors que l'assuré était en état d'ivresse ou de trouble physique ; par témérité notoire ou bravade à moins qu'il ne s'agisse de sauver des personnes en danger ; par le fait intentionnel du bénéficiaire éventuel de l'assurance ou provoqué par lui ;
4. les suites du refus de soins médicaux, du retard à y recourir ou de l'inobservation des prescriptions du médecin ; les opérations chirurgicales et leurs conséquences, qui ne sont pas nécessitées par un accident couvert par l'assurance ;
5. les accidents survenus à la suite de la pratique d'un sport en tant que professionnel
6. ceux résultant de courses et concours de vitesse de tous moyens de locomotion ou d'essais en vue de telles épreuves;

7. au cours de la pratique de sports dangereux (liste non exhaustive):

- bobsleigh
- ski hors piste, saut à ski, ...
- hockey sur glace
- rugby, football américain
- sports de combat ou de défense (boxe, catch, luttres libres dans toutes les formes, karaté...)
- ascension de montagnes ou de glaciers le long de chemins inexplorés ou par le biais d'une exploration
- expéditions spéléologiques ou sous-marines
- rafting
- chasse aux carnivores ou gros gibier
- équitation lorsqu'il s'agit de saut d'obstacles, steeple-chase, dressage
- exercices d'équilibriste et d'acrobate (ceux-ci sont toutefois couverts lorsqu'ils font partie d'un programme de gymnastique ou de fitness en général)
- ...

Article 6.- RISQUES PARTICULIERS

Les risques résultant des activités ci-dessous ne sont considérés comme assurés qu'après communication par écrit à l'Office qui les aura formellement acceptés :

1. plongée sous-marine. L'assuré devra communiquer au plus tard le 1^{er} mars de chaque année pour l'année antérieure, le nombre de plongées sous-marines effectuées, la profondeur moyenne atteinte, la durée moyenne des plongées et la période pendant laquelle ces plongées ont été effectuées. Une attestation d'un organisme agréé ou un certificat de plongée sera fournie à l'ONSS ;
2. usage d'avions bimoteurs et de monomoteurs petits porteurs, hélicoptère, U.L.M., deltaplane, vol à voile, parapente.
Si l'assuré est amené à piloter un avion, il faudra qu'il communique à l'ONSS, au plus tard le 1^{er} mars de chaque année pour l'année antérieure, le nombre de vols effectués (un vol = décollage+atterrissage)
3. sauts en parachute. L'assuré devra communiquer à l'ONSS, au plus tard le 1^{er} mars de chaque année pour l'année antérieure, le nombre de sauts en parachute effectué. Une attestation d'un organisme officiel du secteur sera fournie à l'ONSS.

ARTICLE 7.- ACCORD DU SOUSCRIPTEUR

L'accord du souscripteur sur les présentes conditions générales se marque par l'apposition de sa signature au bas des conditions particulières du présent contrat.

ARTICLE 8.- FORMULES D'ASSURANCE

Les formules d'assurance des dommages résultant des accidents de la vie privée sont fixées conformément au tableau figurant à l'annexe 1.

ARTICLE 9.- JURIDICTIONS COMPETENTES

Les Cours et Tribunaux du travail de Belgique sont seuls compétents pour connaître de toute contestation née de l'application du présent contrat.