



**ROYALE
BELGE**

06/09

CONTRAT D'ASSURANCE

**INDIVIDUELLE
A CAPITAL UNIQUE**

Assurance accidents corporels

CONDITIONS GÉNÉRALES

CHAPITRE 1 - OBJET DE LA GARANTIE

1.1. Quel est l'objet du contrat ?

Payer les sommes convenues lorsqu'un assuré est victime d'un accident survenu dans le cours de sa vie privée et/ou de ses activités professionnelles déclarées. Pour l'écolier ou l'étudiant, la garantie reste acquise lors de travaux professionnels occasionnels même non déclarés, notamment des travaux effectués pendant les périodes de vacances.

L'assurance peut être limitée aux accidents survenant au cours de la vie privée si l'assuré exerce une activité professionnelle sous contrat de travail ou sous statut de fonctionnaire. Dans ce cas sont exclus les accidents survenant au cours d'une activité professionnelle, notamment les accidents du travail et du chemin du travail au sens de la législation belge sur les accidents du travail.

1.2. Qu'est-ce qu'un accident ?

Un événement soudain dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de la victime et qui entraîne une lésion corporelle ou le décès.

La notion d'accident est celle qui est d'application dans le régime belge des accidents du travail.

Pour les professions dont la mention au tarif est suivie d'un astérisque, l'assurance s'étend aux conséquences de l'introduction dans l'organisme d'agents septiques ou toxiques, non seulement par le fait d'un accident garanti (coupure ou piqûre anatomique) mais aussi lorsqu'il est dûment établi — notamment par la constatation d'une réaction locale — que l'agent septique ou toxique a été projeté ou introduit accidentellement dans les yeux ou la bouche ou qu'il a pénétré à la faveur d'une solution de continuité des téguments. Sont cependant toujours exclues des garanties du contrat les maladies infectieuses ou parasitaires, auxquelles se trouve exposé l'ensemble de la population, sans participation nécessaire d'un risque professionnel à leur genèse (grippe, dysenterie, hépatite virale, malaria, etc...).

1.3. Quels événements ne sont pas considérés comme un accident ?

- les affections allergiques et les maladies en général, c'est-à-dire toute altération de la santé dont l'origine ne peut être attribuée à un traumatisme.

Sont toutefois couvertes les affections allergiques et les maladies qui résultent d'un accident garanti.

- les affections et invalidités non contrôlables par un examen médical ou liées à une affection nerveuse ou mentale ne présentant pas de symptômes spécifiques qui en rendent le diagnostic indiscutable.

1.4. Où l'assurance est-elle valable ?

Dans le monde entier pour autant que l'assuré ait sa résidence habituelle en Belgique.

1.5. Qu'en est-il de la pratique des sports ?

La pratique des sports est couverte, même en compétition, pour autant que ce soit à titre d'amateur non rémunéré.

Toutefois, la somme assurée est réduite de moitié pour la pratique :

- de tous les sports de combat et de lutte;
- des sports suivants : alpinisme, bobsleigh, plongée sous-marine avec appareil respiratoire autonome, escalade de rocher, skeleton, sauts sur tremplin en ski nautique et en ski sur neige, spéléologie, steeple-chase, yachting à voile ou à moteur à plus de 3 milles marins des côtes, benji, sports aériens (notamment deltaplane, parachutisme, vol à voile,...).

1.6. Qu'en est-il de la conduite d'un véhicule automoteur à 2 ou 3 roues ?

Sont seuls couverts les accidents qui surviennent à l'occasion de la conduite :

- d'un cyclomoteur qui ne peut dépasser 40 km/h en palier;
- d'un autre véhicule automoteur à 2 ou 3 roues dont l'assuré n'est ni propriétaire ni utilisateur habituel.

1.7. Qu'en est-il des accidents survenus pendant le service militaire ou une période de rappel sous les armes ?

La garantie est maintenue en temps de paix — sauf en cas de mobilisation ou d'état de siège — en cas d'accident survenant en Europe, pour autant que l'assuré soit milicien ou rappelé en vertu des lois belges sur la milice.

1.8. Comment le CAPITAL UNIQUE assuré est-il réparti entre les prestations d'assurance ?

1.8.1. Qu'entend-on par CAPITAL unique ?

Une SOMME UNIQUE, indiquée aux conditions particulières, détermine de la manière suivante les différentes prestations garanties :

- a) En cas de FRAIS DE TRAITEMENT jusqu'à concurrence de 20 % de la somme assurée.
- b) En cas d'INCAPACITÉ TEMPORAIRE jusqu'à concurrence de 0,5 ‰ de la somme assurée, par jour d'incapacité, au maximum pendant un an à dater du jour de l'accident.
- c) En cas d'INCAPACITÉ PERMANENTE
 - 1°) si le taux d'invalidité est inférieur ou égal à 50 % : jusqu'à concurrence du solde restant après déduction de la somme assurée des montants payés à titre de frais de traitement et/ou d'incapacité temporaire.
 - 2°) si le taux d'invalidité est supérieur à 50 % : l'indemnité se calcule sur la somme assurée sans réduction préalable; dans ce cas, les montants payés à titre de frais de traitement et/ou d'incapacité temporaire sont soustraits de l'indemnité ainsi obtenue.En outre, l'indemnité est calculée selon la formule progressive prévue au point 6.3.1. b.
- d) En cas de DÉCÈS jusqu'à concurrence du solde restant après déduction de la somme assurée des montants payés à titre de frais de traitement et/ou d'incapacité temporaire et/ou d'incapacité permanente.

1.8.2. Quand est-il limité ?

- En cas de décès, l'indemnité est limitée au remboursement des frais funéraires avec un maximum de 75.000 F (éventuellement indexés):
 - lorsque la victime est écolier ou étudiant;
 - lorsque la victime ne laisse ni conjoint, ni héritiers légaux jusqu'au 4^e degré, ni bénéficiaire désigné.
- En cas d'incapacité temporaire, l'indemnité journalière est limitée à un maximum de 500 F (éventuellement indexés) pour la ménagère. D'autre part, l'écolier ou l'étudiant ne bénéficie pas de cette garantie.

1.9. Quels accidents ne sont pas couverts ?

1.9.1. Les accidents qui surviennent lorsque l'assuré

- a) pilote un aéronef;
- b) se trouve à bord d'un véhicule automoteur participant ou se préparant à une épreuve sportive.

Les rallyes touristiques ou de divertissement sont toutefois couverts;
- c) est incapable du contrôle de ses actes;
- d) subit une lésion corporelle ou décède en raison de l'une des fautes lourdes énumérées ci-après : état d'ivresse, d'intoxication alcoolique d'un taux supérieur à 1,5 gr./l. de sang ou état analogue causé par l'utilisation de produits autres que des boissons alcoolisées, actes téméraires ou manifestement périlleux;

La compagnie prend le sinistre à sa charge si l'assuré ou ses ayants droit prouvent l'absence de relation causale entre ces circonstances et l'accident.

Les lésions subies lors du sauvetage de personnes ou de biens en péril sont couvertes par l'assurance.
- e) subit une lésion corporelle ou décède en raison de son fait intentionnel, de son suicide ou de sa tentative de suicide;
- f) subit des traitements médicaux et chirurgicaux non nécessités par un accident garanti.

1.9.2. Les accidents qui surviennent dans les circonstances suivantes :

- a) guerre, grève ou émeute, en ce compris la guerre civile ou tous actes de violence d'inspiration collective accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité.

La compagnie prend le sinistre à sa charge si l'assuré ou ses ayants droit prouvent l'absence de relation causale entre ces événements et l'accident.

Toutefois, la garantie est maintenue pendant 14 jours à partir du début des hostilités en faveur de l'assuré surpris par un état de guerre à l'étranger;

- b) cataclysme de la nature.

Toutefois, la couverture est acquise lorsque le cataclysme survient lors d'un séjour temporaire hors de Belgique;

- c) répercussions directes ou indirectes de la modification du noyau atomique, de la radioactivité et de la production de radiations ionisantes.

Ces lésions sont toutefois couvertes si elles résultent des irradiations médicales nécessitées par le traitement d'un accident garanti.

CHAPITRE 2 - DECLARATIONS

2.1. Que doit déclarer le preneur d'assurance à la compagnie à la conclusion du contrat ?

2.1.1. Obligation de déclaration

Le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer exactement toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour la compagnie des éléments d'appréciation du risque.

Toutefois, il ne doit pas déclarer à la compagnie les circonstances déjà connues de celle-ci ou que celle-ci devrait raisonnablement connaître.

Les données génétiques ne peuvent pas être communiquées.

S'il n'est point répondu à certaines questions écrites de la compagnie et si celle-ci a néanmoins conclu le contrat, elle ne pourra se prévaloir ultérieurement de cette omission qu'en cas de fraude.

2.1.2. Omission ou inexactitude intentionnelles

Lorsque l'omission ou l'inexactitude intentionnelles dans la déclaration induisent la compagnie en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat d'assurance est nul.

Les primes échues jusqu'au moment où la compagnie a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelles lui sont dues.

2.1.3. Omission ou inexactitude non intentionnelles

Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration ne sont pas intentionnelles, le contrat n'est pas nul.

- a) La compagnie propose, dans le délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, la modification du contrat avec effet au jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

Si la compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque, elle 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, la compagnie peut résilier le contrat dans les quinze jours.

Si la compagnie n'a pas résilié le contrat ni proposé sa modification dans les délais indiqués ci-dessus, elle ne peut plus se prévaloir à l'avenir des faits qui lui sont connus.

- b) Lorsqu'un sinistre survient avant que la modification du contrat ou la résiliation ait pris effet :

- 1° si l'omission ou la déclaration inexacte ne peut être reprochée au preneur d'assurance, la compagnie doit fournir la prestation convenue;

- 2° si l'omission ou la déclaration inexacte peut être reprochée au preneur d'assurance, la compagnie n'est tenue de fournir sa prestation que selon le rapport entre la prime payée et la prime que le preneur d'assurance aurait dû payer s'il avait régulièrement déclaré le risque.

Toutefois, si lors d'un sinistre, la compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque dont la nature réelle est révélée par le sinistre, sa prestation est limitée au remboursement de la totalité des primes payées.

2.2. Que doit déclarer le preneur d'assurance en cours de contrat ?

2.2.1. Diminution du risque

Lorsque le risque de survenance de l'événement assuré a diminué d'une façon sensible et durable au point que, si la diminution avait existé au moment de la conclusion du contrat, la compagnie aurait consenti l'assurance à d'autres conditions, celle-ci est tenue d'accorder une diminution de la prime à due concurrence à partir du jour où elle a eu connaissance de la diminution du risque.

Si les parties contractantes ne parviennent pas à un accord sur la prime 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.

2.2.2. Aggravation du risque

- a) Le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer, dans les mêmes conditions que lors de la conclusion du contrat, 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'événement assuré.

Le preneur d'assurance doit déclarer notamment :

- toute maladie ou infirmité de l'assuré aggravant le risque, par exemple les troubles de la vue, de l'ouïe, de la conscience, l'épilepsie, la paralysie, le diabète, la tuberculose, le SIDA, les troubles cardio-vasculaires et sanguins, les affections de la moëlle épinière, le rhumatisme aigu ou chronique, toute atteinte importante à l'intégrité physique, notamment la séropositivité.
- tout changement d'activité professionnelle de l'assuré aggravant le risque, ainsi que la cessation de celle-ci. Si l'assurance a été limitée aux accidents survenant au cours de la vie privée, la compagnie doit être avertie dès que l'assuré cesse d'être au service d'un employeur.

- b) Lorsque le risque de survenance de l'événement assuré s'est aggravé de telle sorte que, si l'aggravation avait existé au moment de la conclusion du contrat, la compagnie n'aurait consenti l'assurance qu'à d'autres conditions, celle-ci doit, dans le délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'aggravation, proposer la modification du contrat avec effet rétroactif au jour de l'aggravation.

Si la compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque aggravé, elle 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, la compagnie peut résilier le contrat dans les quinze jours.

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

- c) Si un sinistre survient :

1° alors que le preneur d'assurance a rempli l'obligation visée au a) ci-avant mais avant que la modification du contrat ou la résiliation ait pris effet : la compagnie est tenue d'effectuer la prestation convenue;

2° alors que le preneur d'assurance n'a pas rempli l'obligation visée au a) ci-avant :

- si le défaut de déclaration ne peut être reproché au preneur d'assurance, la compagnie doit effectuer la prestation convenue;
- si le défaut de déclaration peut être reproché au preneur d'assurance, la compagnie n'est tenue d'effectuer sa prestation que selon le rapport entre la prime payée et la prime que le preneur d'assurance aurait dû payer si l'aggravation avait été prise en considération.

Toutefois, si la compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque aggravé, sa prestation en cas de sinistre est limitée au remboursement de la totalité des primes payées;

3° alors que le preneur d'assurance n'a pas rempli l'obligation visée au a) ci-avant dans une intention frauduleuse : la compagnie peut refuser sa garantie. Les primes échues jusqu'au moment où l'assureur a eu connaissance de la fraude lui sont dues à titre de dommages et intérêts.

CHAPITRE 3 - INDEXATION

3.1. Le contrat est-il indexé ?

Pour autant que mention en soit faite aux conditions particulières, la somme assurée ainsi que la prime sont indexées sur base de l'indice des prix à la consommation.

3.2. Comment s'opère l'indexation ?

La variation se calcule selon le rapport existant entre :

— l'indice d'échéance, c'est-à-dire l'indice établi deux mois avant l'échéance de la prime et

— l'indice de souscription, c'est-à-dire l'indice établi deux mois avant la prise d'effet du contrat.

En cas de sinistre, l'indice pris en considération pour la dernière prime échue déterminera le montant de la somme assurée.

Le preneur d'assurance pourra, en cours de contrat, renoncer à l'indexation pour la prochaine échéance annuelle de la prime, à condition d'en avertir la compagnie au plus tard 3 mois avant cette date.

Dans ce cas, la somme assurée et la prime sont maintenues à leur montant atteint à la dernière échéance annuelle.

CHAPITRE 4 - PRIMES

4.1. Que faut-il payer et comment ?

4.1.1. Les primes sont quérables. Elles sont payables par anticipation à la présentation de la quittance ou à la réception d'un avis d'échéance.

A défaut d'être fait directement à la compagnie, est libératoire le paiement de la prime fait au producteur d'assurance porteur de la quittance établie par la compagnie ou qui intervient lors de la conclusion ou lors de l'exécution du contrat.

4.1.2. Tous frais, impôts et charges établis ou à établir du chef du présent contrat, incombent au preneur d'assurance.

4.1.3. Si la compagnie change son tarif, elle a le droit de modifier la prime avec effet à la prochaine échéance. En cas d'augmentation, le preneur d'assurance a cependant la faculté, dans les 30 jours de la notification de celle-ci, de résilier le contrat.

4.2. Que se passe-t-il si la prime n'a pas été payée à l'échéance ?

4.2.1. Le défaut de paiement de la prime à l'échéance donne lieu à la suspension de la garantie ou à la résiliation du contrat, moyennant la mise en demeure du preneur d'assurance.

4.2.2. La mise en demeure est faite soit par exploit d'huissier soit par lettre recommandée à la poste. Elle comporte sommation de payer la prime dans un délai de quinze jours à compter du lendemain de la signification ou du dépôt de la lettre recommandée à la poste.

4.2.3. La suspension ou la résiliation n'a d'effet qu'à l'expiration du délai de quinze jours cité ci-avant.

Si la garantie a été suspendue, le paiement par le preneur d'assurance des primes échues, augmentées s'il y a lieu des intérêts, met fin à cette suspension.

Lorsque la compagnie a suspendu son obligation de garantie, elle peut résilier le contrat si elle s'en est réservé la faculté dans la mise en demeure qui a été adressée au preneur d'assurance.

Dans ce cas, la résiliation prend effet à l'expiration d'un délai de quinze jours à compter du premier jour de la suspension.

Si la compagnie ne s'est pas réservé la faculté de résilier le contrat dans la mise en demeure, la résiliation ne pourra intervenir que moyennant une nouvelle sommation faite conformément au point 4.2.2 ci-avant.

4.2.4. La suspension de la garantie ne porte pas atteinte au droit de la compagnie de réclamer les primes venant ultérieurement à échéance, moyennant la mise en demeure du preneur d'assurance comme prévu ci-avant.

Le droit de la compagnie est toutefois limité aux primes afférentes à deux années consécutives.

CHAPITRE 5 - PRISE D'EFFET - DUREE

5.1. A partir de quand l'assuré est-il couvert ?

Dès signature du contrat et paiement de la première prime, la garantie prend cours :

5.1.1. s'il s'agit d'une police présignée (*) :

le lendemain à 0 h de la réception par la compagnie de l'exemplaire du contrat qui lui est destiné ou, à la date indiquée aux conditions particulières, si celle-ci est postérieure;

la date de réception est confirmée par la compagnie au moyen d'un accusé de réception adressé au preneur d'assurance.

5.1.2. s'il ne s'agit pas d'une police présignée (*) :

à la date de prise d'effet de l'assurance indiquée aux conditions particulières.

(*) On entend par police présignée une police d'assurance signée préalablement par l'assureur et contenant une offre de contracter aux conditions qui y sont décrites, éventuellement complétées par les spécifications que le preneur d'assurance mentionne aux endroits prévus à cet effet.

5.2. Quelle est la durée du contrat ?

La durée du contrat est celle indiquée aux conditions particulières, sans pouvoir excéder un an.

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 consécutives d'un an.

5.3. Dans quels cas le contrat peut-il être résilié ?

5.3.1. Par la compagnie ou par le preneur d'assurance :

a) après la survenance d'un sinistre.

Cette résiliation est notifiée au plus tard un mois après le paiement ou le refus de paiement de l'indemnité.

b) le preneur d'assurance dispose de la faculté de résilier le contrat, avec effet immédiat au moment de la notification, pendant un délai de trente jours à compter de la réception par la compagnie de la police présignée (*).

De son côté, la compagnie peut résilier le contrat dans les 30 jours de la réception de la police présignée, la résiliation devenant effective huit jours après sa notification.

5.3.2. Par le preneur d'assurance seulement :

a) en cas de diminution du risque, lorsque les conditions requises au point 2.2.1. sont remplies;

b) en cas de changement de tarif, comme il est dit au point 4.1.3.

5.3.3. Par la compagnie seulement :

a) en cas de non-paiement de prime, si les formes prévues au point 4.2. ont été respectées;

b) dans les circonstances prévues aux points 2.1.3. et 2.2.2. lorsque les conditions requises sont remplies;

c) en cas de cumul d'assurances de capitaux sur la tête de l'assuré.

5.4. Quelles sont les modalités de la résiliation ?

5.4.1. Sauf lorsqu'il en est disposé autrement dans le contrat :

a) la résiliation se fait par lettre recommandée à la poste, par exploit d'huissier ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé;

b) la résiliation n'a d'effet qu'à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la signification ou de la date du récépissé ou, dans le cas d'une lettre recommandée, à compter du lendemain de son dépôt à la poste.

5.4.2. Lorsque le contrat est résilié pour quelque cause que ce soit, les primes payées afférentes à la période d'assurance postérieure à la date de prise d'effet de la résiliation sont remboursées dans un délai de quinze jours à compter de la prise d'effet de la résiliation.

En cas de résiliation partielle ou de toute autre diminution des prestations d'assurance, cette disposition ne s'applique qu'à la part des primes correspondant à cette diminution et dans la mesure de celle-ci.

5.5. Quand le contrat prend-il fin de plein droit ?

a) A l'échéance annuelle qui suit le septantième anniversaire de l'assuré.

b) A la date de son départ, si l'assuré quitte la Belgique pour s'établir à l'étranger.

CHAPITRE 6 - SINISTRES

6.1. Que doit faire l'assuré en cas de sinistre ?

6.1.1. L'assuré doit, dès que possible et en tout cas au plus tard dans les huit jours, donner avis à la compagnie de la survenance du sinistre.

Toutefois, la compagnie ne peut se prévaloir de ce que le délai prévu ci-avant pour donner l'avis en question n'a pas été respecté, si cet avis a été donné aussi rapidement que cela pouvait raisonnablement se faire.

(*) On entend par police présignée une police d'assurance signée préalablement par l'assureur et contenant une offre de contracter aux conditions qui y sont décrites, éventuellement complétées par les spécifications que le preneur d'assurance mentionne aux endroits prévus à cet effet.

6.1.2. L'assuré doit fournir sans retard à la compagnie tous renseignements utiles et répondre aux demandes qui lui sont faites pour déterminer les circonstances et fixer l'étendue du sinistre.

Plus particulièrement, l'assuré doit :

- Recevoir les délégués de la compagnie et faciliter leurs constatations.
- Fournir à la demande de la compagnie, tous certificats et rapports médicaux et tous renseignements concernant son état de santé, avant ou après l'accident, et la marche du traitement médical.

En tout état de cause, la compagnie se réserve le droit de soumettre l'assuré à un examen médical auprès d'un médecin mandaté à cet effet et honoré par elle.

En cas de décès, la compagnie pourra faire procéder, à ses propres frais, à un examen post-mortem.

Par le seul fait de la souscription du présent contrat, l'assuré consent anticipativement à ce que son médecin transmette au médecin-conseil de la compagnie un certificat établissant la cause du décès.

6.1.3. L'assuré doit prendre toutes mesures raisonnables pour prévenir et atténuer les conséquences du sinistre.

6.1.4. Si l'assuré ne remplit pas une des obligations prévues aux points 6.1.1. à 6.1.3. ci-avant et qu'il en résulte un préjudice pour la compagnie, celle-ci a le droit de prétendre à une réduction de sa prestation, à concurrence du préjudice qu'elle a subi.

Si, dans une intention frauduleuse, l'assuré n'a pas exécuté les obligations en question, la compagnie peut décliner sa garantie.

Lorsque le preneur d'assurance, l'assuré ou le bénéficiaire a manqué à l'une des obligations nées de la survenance du sinistre dans l'intention de tromper la compagnie et que celle-ci résilie le contrat, la résiliation prend effet lors de sa notification.

6.2. Qui choisit le médecin traitant ?

Pour ses soins, l'assuré a le libre choix de son médecin.

6.3. Quelles sont les obligations de la compagnie en cas de sinistre ?

6.3.1. La compagnie paiera :

a) En cas de DÉCÈS

la somme assurée, éventuellement diminuée des montants payés à titre de frais de traitement et/ou d'incapacité temporaire et/ou d'incapacité permanente, si le décès survient dans les trois ans qui suivent l'accident qui en est la cause.

Le paiement se fait au conjoint de la victime, à défaut, aux héritiers légaux selon leurs droits respectifs dans la succession et jusqu'au 4^e degré inclus, sauf stipulations contraires reprises aux conditions particulières.

b) En cas d'INCAPACITÉ PERMANENTE

- un pourcentage de la somme assurée, éventuellement diminuée des montants payés à titre de frais de traitement et/ou d'incapacité temporaire, dès consolidation des lésions et au plus tard trois ans à dater du jour de l'accident, en fonction des taux d'invalidité figurant dans le "Barème Officiel Belge des Invalidités". Ces taux sont déterminés compte tenu des séquelles observées au moment de la consolidation ou au terme des trois ans, sans tenir compte de la profession exercée;

• l'indemnité est calculée suivant une formule progressive, c'est-à-dire :

- sur la somme assurée préalablement réduite comme dit ci-avant, pour la part d'invalidité comprise entre 1 % et 25 % inclus (même si l'invalidité est supérieure à 25 %);
- sur le triple de cette somme ainsi réduite, pour la part d'invalidité comprise entre 26 % et 50 % inclus (même si l'invalidité est supérieure à 50 %);
- sur le quadruple de cette somme ainsi réduite, pour la part d'invalidité comprise entre 51 % et 100 %.

Toutefois, si le taux d'invalidité est supérieur à 50 %, l'indemnité se calcule sur la somme assurée sans réduction préalable; dans ce cas, les montants payés à titre de frais de traitement et/ou d'incapacité temporaire sont soustraits de l'indemnité ainsi obtenue.

Deux exemples illustrant ce mode de calcul sont repris ci-après.

- les lésions survenues aux membres ou organes déjà infirmes sont indemnisées par différence entre l'état du membre ou de l'organe avant et après l'accident.

c) En cas d'INCAPACITÉ TEMPORAIRE

Tout ou partie de l'indemnité journalière fixée à 0,5‰ de la somme assurée, suivant le degré d'incapacité évalué en tenant compte de la profession exercée, au maximum pendant un an à dater du jour de l'accident.

L'indemnité journalière est payée à partir du 31^e jour qui suit le début de l'incapacité si l'assuré est sous contrat de travail ou sous statut de fonctionnaire, et à partir du 8^e jour qui suit le début de l'incapacité dans les autres cas.

Toutefois, pendant les délais précités de 30 ou de 7 jours, l'indemnité journalière sera due par période de 24 h d'hospitalisation dès le premier jour d'incapacité entraînant cette hospitalisation.

d) En cas de soins médicaux entraînant des FRAIS DE TRAITEMENT

Tous ces frais jusqu'à concurrence de 20 % de la somme assurée.

Cette garantie est acquise en complément et après épuisement des interventions légales de l'assurance maladie-invalidité ou des accidents du travail et des indemnités perçues en vertu de contrats d'assurance antérieurs prévoyant des prestations en cas de soins médicaux.

La garantie s'étend aux FRAIS DE RECHERCHE ET DE SAUVETAGE considérablement exposés en vue de sauvegarder la vie de l'assuré et/ou aux FRAIS DE RAPATRIEMENT médicalement justifiés.

Ces frais sont garantis jusqu'à concurrence d'un maximum de 100.000 F (éventuellement indexés).

6.3.2. Pour l'évaluation de ses prestations, la compagnie tiendra seulement compte des suites que l'accident aurait eues sur un organisme sain, physiologiquement et anatomiquement normal.

6.3.3. La compagnie abandonnera à l'assuré le bénéfice des indemnités récupérables à charge des tiers responsables de l'accident.

Toutefois, la compagnie qui a payé les frais de traitement, de recherche et de sauvetage ou de rapatriement est subrogée, à concurrence du montant de ceux-ci, dans les droits et actions de l'assuré ou du bénéficiaire contre les tiers responsables du dommage; cependant, si, par le fait de l'assuré ou du bénéficiaire, la subrogation ne peut plus produire ses effets en faveur de la compagnie, celle-ci peut lui réclamer la restitution de ses débours pour frais de traitement, de recherche et de sauvetage ou de rapatriement, dans la mesure du préjudice subi.

La subrogation ne peut nuire à l'assuré ou au bénéficiaire qui n'aurait été indemnisé qu'en partie. Dans ce cas, il peut exercer ses droits, pour ce qui lui reste dû, de préférence à la compagnie.

Sauf en cas de malveillance, la compagnie n'a aucun recours contre les descendants, les ascendants, le conjoint et les alliés en ligne directe de l'assuré, ni contre les personnes vivant à son foyer, ses hôtes et les membres de son personnel domestique.

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

CHAPITRE 7 - DOMICILE - CORRESPONDANCE

Les communications et notifications destinées à la compagnie doivent être faites à l'un de ses sièges d'exploitation en Belgique.

Les communications et notifications destinées au preneur d'assurance doivent être faites à l'adresse indiquée dans le contrat ou notifiée ultérieurement à la compagnie.

FORMULE PROGRESSIVE EN INCAPACITÉ PERMANENTE

Exemples illustrant le mode de calcul

1°) taux d'incapacité inférieur ou égal à 50 %.

Soit une somme assurée de 1.000.000 F et une incapacité de 40 %.

Supposons d'autre part que les montants payés à titre de frais de traitement et d'incapacité temporaire s'élèvent respectivement à 150.000 F et 100.000 F.

L'indemnité se calcule sur la somme assurée **préalablement réduite** soit sur 1.000.000 F - (150.000 F + 100.000 F) = 750.000 F.

25 % de 750.000 F	= 187.500 F
15 % de 3 x 750.000 F ou de 2.250.000 F	= 337.500 F
40 %	<u>525.000 F</u>

2°) taux d'incapacité supérieur à 50 %

Soit la même somme assurée et une incapacité de 100 %.

Supposons les mêmes débours en frais de traitement et en incapacité temporaire.

L'indemnité se calcule sur la somme assurée **sans réduction préalable**. On soustrait les 250.000 F de débours de l'indemnité ainsi obtenue.

25 % de 1.000.000 F	= 250.000 F
25 % de 3 x 1.000.000 F ou de 3.000.000 F	= 750.000 F
50 % de 4 x 1.000.000 F ou de 4.000.000 F	= 2.000.000 F
100 %	<u>3.000.000 F</u>
	- 250.000 F
	<u>2.750.000 F</u>



**ROYALE
BELGE**

Royale Belge, Bld du Souverain 25, 1170 Bruxelles • Tél. (02) 678 61 11 • Fax (02) 678 93 40
Ippa 702-0224400-41 • TVA BE 403 292 346 • RCB n° 16 511
S.A. d'Assurances agréée sous le n° 0060 pour pratiquer les branches vie et non-vie (A.R. 04-07-79 - M.B. 14-07-79)

Royale Belge 1994, Bld du Souverain 25, 1170 Bruxelles • Tél. (02) 678 61 11 • Fax (02) 678 93 40
Ippa 702-0224400-41 • Reg. Nat. 404 483 367 • RCB n° 356 389
S.A. d'Assurances agréée sous le n° 0039 pour pratiquer les branches vie et non-vie sauf crédit caution (A.R. 04-07-79 - M.B. 14-07-79)