ASSURANCE "ACCIDENTS CORPORELS"
CONDITIONS PARTICULIERES STANDARD - RISQUES SPORTIFS

AC / 21 / 01.2002

I. DESCRIPTION DU RISQUE ASSURE

La présente police a pour but d'indemniser dans les limites et conformément aux dispositions des conditions générales et particulières les conséquences pécuniaires qui résultent de lésions corporelles assurées, dans la mesure où il est établi qu'elles sont la suite directe et exclusive d'un accident assuré par la police survenu aux assurés lors de la pratique des activités sportives assurées dont mention est faite dans les conditions particulières.

a) APPRECIATION DU RISQUE

Un des éléments les plus importants à la base du contrat d'assurance, c'est évidemment l'appréciation du risque pour laquelle sont particulièrement fondamentales les prescriptions de sécurité qui par le biais de règlements, règles, prescriptions et dispositions légales encadrent le risque. Il est clair que l'on se situe en dehors de la sphère d'application de la couverture d'assurance si on ne donne pas suite à ces prescriptions de sécurité règlementées. Ainsi l'organisation et la pratique des activités sportives assurées par le contrat doivent toujours répondre aux règles, règlements, prescriptions et dispositions légales fixés en la matière par les autorités compétentes et fédérations auprès desquelles les assurés sont affiliés ou, en cas de non-affiliation à une fédération, aux règles, règlements, prescriptions et dispositions légales fixés par un organisme de gestion officiellement reconnu comme compétent dans le domaine des activités sportives assurées. Ceci constitue un élément essentiel de l'appréciation du risque. Sont dès lors exclus de la garantie, les accidents imputables à et/ou influencés par le fait de ne pas tenir compte des règles, règlements, prescriptions et dispositions légales conçus dans l'intérêt de la sécurité. Des activités qui de la part des pouvoirs publics sont soumises à une permission administrative préalable et/ou à des mesures de sécurité imposées ne tombent pas du tout sous l'application de la police s'il n'est pas satisfait à ces conditions.

b) DISPOSITIONS SPECIALES S'APPLIQUANT AUX POLICES CONCLUES POUR COMPTE D'UN GROUPE D'ASSURES

La présente police a été conclue "pour compte de" entre la fédération ou club en tant que preneur d'assurance d'une part et la compagnie d'autre part, sur base de données et dispositions convenues entr'eux en vue de l'établissement des conditions de police et de la fixation de la prime. Le but est de mettre sur pied pour les membres une couverture d'assurance qui les garantit contre les risques spécifiques ayant trait aux activités sportives assurées par la police et dont on ne retrouve généralement pas la couverture dans les polices d'assurances souscrites d'habitude par les particuliers, de sorte qu'en plus dans la présente police, des primes pour double emploi sont évitées. Les personnes assurées par cette police de groupe acquièrent cette qualité par le simple fait qu'elles sont affiliées auprès du preneur d'assurance à un moment où le contrat d'assurance conclu entre ce dernier et la compagnie est en vigueur. En d'autres termes, pour une durée contractuelle limitée dans le temps, la compagnie assure pendant des périodes limitées à leurs seules activités exercées comme membre affilié auprès du preneur d'assurance, un groupe de personnes, dont contrairement aux usages, elle ne dispose d'aucun renseignement individuel en termes d'acceptation de risque. Vis-à-vis de la compagnie, l'effectif à assurer dans ce contexte ne pourra se réaliser ainsi que d'une façon aléatoire et inconditionnelle se rapportant en plus à des périodes limitées dans le temps. Dans la relation ainsi créée se situe une série de conditions définies, convenues entre le preneur d'assurance et la compagnie auxquelles les assurés doivent répondre s'ils veulent garantir leurs droits à l'intervention de la police.

- l'ignorance des conditions de la police ne peut en aucun cas être opposée à la compagnie.
- l'assuré ne pourra en aucun cas réclamer une intervention sur base d'une interprétation ou d'une condition divergente des données et conditions convenues entre les contractants, c.à.d. le preneur d'assurance et la compagnie.

c) Les suites d'accidents déclarés sont indemnisées dans la mesure où il est démontré qu'il s'agit en effet d'un accident ou d'un événement également garanti par la police ; qu'il s'est produit endéans les activités tombant sous l'application de la police et que les lésions déclarées ainsi que les aggravations intervenues sont la suite exclusive de l'accident déclaré. Pour ce qui concerne le rapport de la preuve à cet égard la police prévoit quelques règles de communication. Sous ce rapport il est parti du principe que la preuve et la possibilité de la preuve contraire doivent avoir pour objet des faits identiquement observables et vérifiables.

d) AMATEURS

L'exclusion d'intervention des mutuelles sur base des dispositions de l'article 136 §3 de la loi AMI, coordonné par A.R. du 14.07.1994, ne s'applique pas à l'exercice du sport assuré par la présente police, cet exercice de sport se situant dans le domaine de l'amateurisme et de l'organisation des loisirs. Si en cas d'accident il apparaîtrait que cet article s'applique tout de même à un assuré, les garanties de la police en matière de frais de traitement et d'incapacité de travail temporaire seront limitées comme précisé plus loin dans la description des garanties.

1. QUAND EST-ON ASSURE ?

La garantie de la présente police est uniquement d'application lorsque l'assuré exerce ces activités sportives :

- a) en tant que membre assuré du club-preneur d'assurance ;
- b) lors de manifestations organisées par le club-preneur d'assurance ou auxquelles il participe en tant que club ;
- c) dans le cas où l'assuré lui-même est preneur d'assurance, et ce sauf stipulation contraire : lors d'activités organisées par le club ou la fédération à laquelle l'assuré est affilié en tant que membre.

Types de manifestations dans le cadre desquelles l'exercice de ces activités sportives doit se situer au niveau du club :

- a) **exercice récréatif** dans le cadre du club ;
- b) **entraînements** pouvant également consister dans des exercices en vue du maintien, pendant la saison sportive, de la condition physique requise pour l'assuré en fonction et en rapport immédiat avec sa participation à des compétitions officielles assurées. Seuls les entraînements à caractère officiel organisés officiellement par le club-preneur d'assurance pour les membres affiliés relèvent de la garantie de la police. En cas d'accidents survenus durant des entraînements, il y a dès lors toujours lieu de pouvoir fournir la preuve qu'il s'agissait d'un entraînement commun officiel du club. Tout cela sauf convention contraire.
- c) pour autant que ces activités sportives s'y prêtent, **l'exercice de celles-ci sous forme de compétition dans le cadre du club**, à l'exception bien sûr des compétitions n'ayant pas strictement pour objet les activités sportives dont mention aux conditions particulières. L'exercice de ces activités sportives sous forme de compétition peut également avoir lieu contre d'autres clubs ou des membres d'autres clubs, auquel cas les critères suivants sont d'application :
 - 1) **Dans le cadre d'une compétition** : les matches de compétition sont uniquement assurés lorsqu'ils sont disputés dans le cadre d'une structure fédérale. Le club-preneur d'assurance est dans ce cas affilié auprès d'une fédération dont le nom est renseigné aux conditions particulières et, sauf stipulation contraire, seuls les matches de compétition, d'entraînement ou amicaux disputés sous la gérance et la juridiction ou avec l'accord de cette fédération tombent sous l'application des garanties de police.

- 2) **Dans un contexte purement amical** : il s'agit ici exclusivement de matches disputés en dehors d'une structure fédérale. Dans ce cas, le club-preneur d'assurance n'est pas affilié auprès d'une fédération et participe à des matches amicaux et éventuellement à des tournois de courte durée, pour autant que ces derniers soient prévus aux conditions particulières. Seuls les matches communiqués au préalable à la compagnie relèvent des garanties de la police.

Les activités sportives renseignées aux conditions particulières qui, dans le contexte de la présente police, répondent aux données précitées, sont dénommées ci-après "l' (les) activité(s) sportive(s) " ou "l' (les) activité(s) assurée(s) " qui , le cas échéant , peuvent également avoir lieu à l'étranger.

Organisations court terme :

Au cas où la présente police n'assure qu'une organisation temporaire à durée limitée, il est entendu que la couverture ne s'étend qu'à cette seule organisation dont la date est reprise dans les conditions particulières.

2. OU EST-ON ASSURÉ ?

Aux seuls endroits où les activités sportives assurées ont effectivement lieu et pour autant que ces endroits soient généralement considérés comme adaptés à l'exercice des activités sportives assurées.

Extension :

Les accidents se produisant dans les vestiaires, douches et installations analogues, qui sont toujours considérés comme faisant partie intégrante des installations du club, quelle que soit leur situation, sont inclus dans les garanties.

Il en est de même pour les accidents se produisant sur le chemin aller/retour entre les vestiaires et le lieu où se déroule l'activité sportive. Tous les accidents survenus à d'autres endroits que ceux décrits ci-avant sont exclus des garanties de la police.

3. QUI EST ASSURÉ ?

Toute personne renseignée par le preneur d'assurance à la compagnie comme "assuré". Trois catégories sont distinguées :

a) Catégorie I

Polices à couverture et paiement de prime par assuré à désignation fixe.

Seules la personne ou les personnes dont le nom est repris dans la police comme "assuré" sont couverts.

b) Catégorie II

Polices à couverture et paiement de prime par membre, sans limitation du nombre.

Tous les membres affiliés auprès du preneur d'assurance dont les noms sont renseignés à la compagnie moyennant une liste nominative.

Une telle liste doit être communiquée lors de la prise d'effet du contrat et ensuite au début de chaque période d'assurance, c.à.d. à chaque échéance annuelle de la police. Toutes les modifications et ajoutes sont à communiquer mensuellement à la compagnie. Ainsi, seules les personnes dont l'identité est connue par la compagnie sont assurées.

Toutefois, la compagnie se considère comme engagée sur tout risque nouveau dès l'affiliation et l'inscription d'un nouveau membre dans le registre des membres numéroté, déposé au siège du preneur d'assurance, étant entendu que ce nouveau membre règle en même temps sa prime. La compagnie pourra consulter ce registre à tout moment.

Dans le cas où un accident serait déclaré, le blessé n'étant pas encore renseigné comme assuré à la compagnie, le registre des membres devra justifier sa date d'affiliation, ainsi que la date à laquelle sa prime fut réglée.

Les dispositions susmentionnées impliquent qu'entre la date d'un accident survenu à un membre affilié dont le nom n'est pas en possession de la compagnie et la date de son affiliation avec inscription dans le registre jamais une période de plus de 31 jours ne peut être écoulée.

c) Catégorie III

Police à couverture et paiement par équipe assurée.

- Matches

Seuls les membres affiliés auprès du preneur d'assurance, en plus titulaire d'une carte d'affiliation régulière auprès de la fédération à laquelle le club-preneur d'assurance est affilié : lorsqu'ils sont alignés dans les équipes pour lesquelles une demande de couverture est introduite sont considérés comme assuré(s) sous la présente police, comme telle(s) renseignée(s) dans les conditions particulières.

En cas d'accident, si la compagnie l'exige, le preneur d'assurance s'engage à fournir une attestation, signée par la fédération auprès de laquelle il est affilié, certifiant que le joueur blessé est repris sur la feuille d'arbitrage de la rencontre au cours de laquelle l'accident s'est produit.

Pour ce qui concerne les clubs non-affiliés à une fédération, ne disputant que des matches amicaux et/ou tournois en dehors de toute structure d'organisation officiellement reconnue, la feuille d'arbitrage en tant que moyen de contrôle est remplacée par une liste de participants à communiquer à la compagnie avant chaque rencontre tout en spécifiant chaque fois : date , lieu et adversaire.

En pratique cette liste de participants renseignera les mêmes noms que ceux faisant partie de la liste nominative, dont question ci-après, pour la couverture des entraînements. Dans cette optique, la compagnie acceptera la production par le preneur d'assurance d'un calendrier détaillé reprenant plusieurs matches à la fois, avec référence à la dite liste, pour ce qui concerne les participants.

Au cas toutefois où un joueur, non-renseigné dans cette liste nominative, serait aligné, ce dernier ne sera assuré que pour autant que son identité, ainsi que les matches auxquels il participera, soient communiqués à la compagnie au préalable.

La distinction entre clubs pour lesquels la feuille d'arbitrage est d'application et les clubs pour lesquels la communication préalable d'une liste de participants est obligatoire, est indiquée dans les conditions particulières dans ce sens que pour les premiers le nom de la fédération à laquelle ils sont affiliés est mentionnée alors que pour les derniers, la mention "matches amicaux" soit le cas échéant "matches amicaux et tournois" est renseignée.

- Entraînements

Seuls les membres dont les noms figurent dans une liste nominative communiquée à la compagnie comme noyau de l'équipe assurée, sont couverts.

Une telle liste nominative a un caractère limitatif. Le nombre maximum d'assurés, autorisé par équipe pour la couverture des entraînements est indiqué dans les conditions particulières. Cette liste toutefois, peut être modifiée au courant de l'exercice, au cas où le réseau de joueurs subirait des changements étant entendu que le nombre maximum autorisé ne peut en aucun cas être dépassé.

Moyennant surprime cette liste peut éventuellement être étendue à un nombre supérieur.

Lors de rencontres disputées par l' (les) équipe(s) assurée(s) ceux dont les noms ne sont pas repris sur la feuille d'arbitrage, respectivement sur la liste des participants à communiquer, ne sont pas assurés. Lors des entraînements personne en dehors de ceux dont les noms figurent dans les listes dont question ci-dessus n'est assuré.

II. GARANTIES ASSUREES

- A. En cas de décès** : un capital comme indiqué dans les conditions particulières.
- B. En cas d'invalidité permanente totale** : réductible en cas d'invalidité permanente partielle, conformément au tableau repris à l'article 7 des conditions générales, un capital comme indiqué dans les conditions particulières.
L'article 5 des conditions générales est complété comme suit en son paragraphe 2 :
Toute demande d'indemnisation pour l'invalidité permanente doit être introduite dans les 6 mois suivant la date d'envoi du certificat de consolidation. La proposition formulée par la compagnie sera considérée comme acceptée, si elle n'est pas contestée dans les 60 jours qui suivent la date d'envoi de la proposition de règlement.
Pour la fixation d'une indemnité, la compagnie ne tiendra jamais compte de la profession de la victime, pas plus d'ailleurs que du fait que, suite à l'accident, la victime ne peut plus participer à des activités sportives.
Franchise : une consolidation à un taux d'invalidité inférieur ou égal à **5%** ne donne pas lieu à une intervention de la compagnie.
- C. En cas d'incapacité de travail temporaire totale** : à concurrence de maximum la somme journalière assurée, indiquée dans les conditions particulières, la compagnie garantit une indemnité journalière, payable dans les limites des conditions de la police, jusqu'à maximum le 300ième jour après l'accident, à tous les assurés exerçant une profession, qui à la suite d'un accident couvert par la police, sont frappés d'une incapacité de travail et subissent une perte de revenus.
Bien que la perte de revenus soit à la base de l'intervention de la compagnie, cette indemnité journalière ne sera pas payable par jour ouvrable mais par jour calendrier et ce dans les limites suivantes :
- Salariés pouvant prouver une perte de salaire** : à partir du premier jour ouvrable suivant l'expiration du délai de carence contractuel, indiqué dans les conditions particulières, prenant effet le premier jour ouvrable après l'accident ou à partir du premier jour ouvrable suivant la date d'expiration du salaire garanti intégral leur revenant en vertu des dispositions légales ou statutaires en vigueur au cas où telle période dépasserait le délai de carence contractuel. Pour la période suivante, à savoir la période couverte, l'intervention de la compagnie ne dépassera jamais, par jour, la somme journalière assurée et, pour toute la durée, ne sera jamais supérieure à la différence entre le salaire servant de norme aux interventions de la mutuelle auxquelles les assurés AMI obligatoires et/ou libres en règle ont droit et/ou le revenu garanti partiel leur revenant d'autre part, à l'exclusion de toutes autres pertes de revenus.
 - Indépendants et professions libérales pouvant prouver un manque à gagner** : à partir du premier jour ouvrable suivant l'expiration du délai de carence contractuel indiqué dans les conditions particulières, prenant effet le premier jour ouvrable après l'accident.
Pour la période couverte, ils doivent prouver qu'ils étaient dans l'impossibilité d'exercer leur profession et l'intervention de la compagnie ne dépassera jamais, par jour, la somme journalière assurée et, pour toute la durée, ne sera jamais supérieure à la différence entre le manque à gagner qu'il leur appartient de prouver d'une part et l'intervention à partir du 91ième jour de la mutuelle d'autre part.
L'indemnité journalière assurée est diminuée en fonction du degré d'incapacité de travail, fixé par le médecin-traitant, étant entendu que les incapacités inférieures à 50% ne donneront pas lieu à une intervention.
Pour les accidents exclus de l'intervention de la mutuelle sur base de l'article 136 §3 de la loi AMI coordonné par A.R. du 14.07.1994, le premier mois d'incapacité de travail suivant le jour de l'accident est en tout cas exclu de la garantie de la police. Les pertes de revenus ayant trait à la pratique d'activités sportives sont toujours exclues.
- D. Frais de traitement** : payables dans les limites des conditions de la police pendant maximum les 75 semaines à dater du jour de l'accident.
Cette garantie est conçue comme un supplément aux barèmes d'intervention de la mutuelle prévus dans les secteurs de l'assurance AMI obligatoire et/ou libre. La garantie accordée par la compagnie en matière de frais de traitement résultant d'un accident couvert par la police, se limitera dès lors au remboursement, à concurrence de maximum la somme indiquée dans les conditions particulières, de la différence entre les frais et honoraires réclamés pour des prestations médicales reconnues par l'INAMI, limités par prestation, sauf convention contraire, à maximum **150%** du tarif officiel de l'INAMI d'une part et le barème des interventions de la mutuelle en la matière appliqué dans les secteurs de l'assurance AMI obligatoire et/ou libre d'autre part, que cette intervention de la mutuelle prévue ait eu lieu ou non. Pour ce qui concerne les prestations reconnues par l'INAMI pour lesquelles il n'existerait pas de tarif, l'intervention de la mutuelle est considérée comme représentant 100% du tarif A.M.I. La garantie ne s'applique pas aux différences dont le remboursement est en contradiction avec des dispositions légales.

Précisions - Extensions - Limitations de la garantie

- Les prestations médicales ou para-médicales non-reconnues par l'INAMI** : de telles prestations sont exclues de la garantie.
- Frais et honoraires toujours limités à 100% au lieu de 150% du tarif officiel de l'INAMI pour le calcul des interventions** :
 - Frais d'hospitalisation** : pour ce qui concerne le coût de séjour la compagnie ne remboursera pas les montants qui excèdent le barème officiel A.M.I. (salle commune)
 - Physio- et Kinésithérapie** : la compagnie ne remboursera pas les dépassements du barème officiel AMI.
- Frais de :**
 - Bandages, pansements et braces** : Sauf convention contraire, ces frais ne sont indemnisés que dans la mesure où les barèmes des interventions de la mutuelle prévoient une intervention en la matière et pour autant que l'achat en est prescrit par un médecin dans le cadre de l'accident déclaré. L'intervention de la police est limitée à € 25- par fourniture, avec un maximum de € 75- par accident.
 - Matériaux divers** : De telles prestations se rencontrent à l'occasion d'une hospitalisation. Pour autant que les barèmes des interventions de la mutuelle prévoient une intervention, ces prestations tombent sous l'application de la couverture à 150% du tarif officiel I.N.A.M.I. conformément aux définitions de l'art. D. "Frais de traitement" ci-dessus.
- Prestations reconnues par l'INAMI pour lesquelles les barèmes des interventions de la mutuelle ne prévoient pas d'intervention** :
De telles prestations ne sont pas garanties, sauf :
 - Lorsqu'il s'agit d'honoraires ayant trait à des prestations médicales pour lesquelles du fait de leur appartenance à une certaine catégorie des assurés A.M.I. obligatoires et/ou libres en règle sont exclus du droit d'intervention en vertu de dispositions de la loi I.N.A.M.I. à leur égard (p.e. catégorie d'âge en ce qui concerne les frais de prothèses dentaires) à l'exception de la catégorie exclue sur base de l'article 136 §3 de la loi A.M.I. coordonnée.
 - Lorsqu'il s'agit de frais ayant trait à des **médicaments** prescrits par un médecin dans le cadre de l'accident et pour lesquels les barèmes des interventions de la mutuelle ne prévoient pas d'intervention.

Les susdites prestations sont indemnisées sur base du tarif officiel A.M.I. sans que la compagnie ne prenne en charge les montants excédant ce tarif officiel.

Dispositions spéciales en rapport avec de ce qui précède :

- Prothèses dentaires :

Les frais de prothèses dentaires sont garanties à concurrence de € 75- maximum par dent, avec un maximum de € 375- par accident.
Pour ceux qui bénéficient de l'intervention de la mutuelle dans les dits frais la présente garantie est limitée à la différence entre les montants assurés et cette intervention de la mutuelle.

- La notion "médicaments" ne comprend pas bien entendu les frais de bandages, pansements, braces et matériaux divers.

Ces frais restent, en tant que prestations reconnues par l'INAMI pour lesquelles les barèmes des interventions de la mutuelle ne prévoient pas d'intervention, exclus de la garantie, sauf convention contraire pour ce qui concerne les frais de bandages, pansements et braces.

5. Transport et déplacements :

Si le médecin-traitant a jugé nécessaire le transfert vers un hôpital de l'endroit où un accident couvert par la police a eu lieu, en vue d'une hospitalisation ou d'un premier examen radiographique urgent, les frais de transport en découlant sont, dans les limites de la garantie assurée, pris en charge par l'assureur jusqu'à concurrence de maximum le coût d'un tel transport par ambulance entre l'endroit de l'accident et l'hôpital le plus proche. Peuvent être compris dans les dits frais, ceux que le blessé devrait exposer pour ses déplacements par un moyen de transport public en 2e classe entre son domicile et le lieu où il doit se soumettre à un examen de contrôle spécial imposé par la compagnie ou bien autorisé par celle-ci par écrit préalable tant en ce qui concerne l'examen qu'en ce qui concerne le déplacement s'y rapportant. S'il n'y a pas d'intervention effective de la part de la mutuelle dans ces frais, la garantie sera acquise sans intervention de base de la mutuelle.

6. Cas particuliers :

a) Personnes n'ayant pas droit aux prestations de la mutuelle :

- 1) A ceux qui ne sont pas en règle en tant qu'assuré AMI-obligatoire et/ou libre, s'applique le principe selon lequel ils ne peuvent réclamer des prestations de police qui ne sont pas octroyées à ceux qui sont en règle, ce qui veut dire que la compagnie ne prend jamais en charge les prestations de la mutuelle dont ils auraient pu bénéficier s'ils avaient été en règle comme assuré AMI obligatoire et/ou libre.
- 2) Si un blessé peut prouver qu'au moment de l'accident il était parfaitement en règle en tant qu'assuré AMI obligatoire et libre, mais qu'il n'a droit à aucune prestation de la mutuelle ni pour les petits ni pour les gros risques en vertu d'une réglementation introduite dans la loi AMI à l'égard des assurés obligatoires et libres en règle (p.e. période de stage), la compagnie étendra son intervention aux prestations de la mutuelle, dont le blessé en question aurait bénéficié s'il avait eu droit à ces prestations. Au cas où on a droit aux prestations dans le secteur de l'assurance obligatoire, mais pas dans le secteur de l'assurance libre, l'extension de garantie ne s'applique pas aux petits risques. Cette extension de garantie ne s'applique à aucune autre circonstance, non plus en cas de non-intervention de la mutuelle pour des accidents survenus à l'étranger, ni à l'exclusion d'intervention des mutuelles sur base des dispositions de l'article 136§3 de la loi AMI, coördonné par A.R. du 14.07.1994. Il est entendu que l'intervention de la compagnie ne dépassera en aucun cas le montant maximum assuré.

b) Etrangers non-domiciliés en Belgique :

Aux étrangers non-domiciliés en Belgique, qui ne peuvent bien sûr être assurés ni obligatoirement ni librement auprès de l'INAMI belge, s'applique également le principe selon lequel ils ne peuvent réclamer des prestations que la police n'octroie pas, dans ce cas-ci, aux assurés belges. Les prestations sont calculées par analogie, c.à.d. qu'elles sont projetées sur le tarif belge de l'INAMI et les interventions de la mutuelle prévues à cet effet dans les secteurs de l'assurance obligatoire et/ou libre. En toute circonstance l'intervention de la compagnie s'élèvera au maximum à la différence entre les deux montants. L'application du présent article s'étend également aux belges affiliés à une mutuelle à l'étranger.

7. Demandes d'autorisation :

Les autorisations préalables de traitements spéciaux, massages, hospitalisation, interventions chirurgicales ne doivent être demandées à la compagnie et accordées par elle par écrit que dans la mesure où il n'y a pas d'intervention de la mutuelle. Le simple fait de ne devoir introduire une demande qu'auprès de la mutuelle n'implique cependant pas l'engagement de la compagnie en ce qui concerne la prise en charge de l'accident. L'autorisation doit être demandée et obtenue à l'avance, sauf dans les cas d'extrême urgence prouvée, rendant impossible la demande préalable d'autorisation. Dans ce dernier cas, la compagnie doit être informée de la situation dans les plus brefs délais. Il est entendu qu'en termes de remboursement, une autorisation de la compagnie se limitera toujours aux interventions contractuellement prévues.

8. Franchises contractuelles :

- a) A concurrence du montant renseigné aux conditions particulières comme franchise, la première tranche de la partie des frais de traitement entrant en ligne de compte pour remboursement par la compagnie conformément aux dispositions contractuelles, n'est pas indemnisée.
- b) Les soins de physio- et de kinésithérapie ne sont pas visés par cette franchise. Pour ce genre de prestations une franchise de 25% est toujours appliquée sur la partie entrant en ligne de compte pour remboursement par la compagnie conformément aux dispositions contractuelles

9. Règlements partiels :

La compagnie accorde des règlements de frais partiels pour autant qu'il est établi qu'au moment de l'introduction de ces frais, le blessé n'est pas encore guéri et/ou apte à reprendre la pratique du sport.

10. Clause de reconstitution de garantie :

Si, en vertu de lois, arrêtés ou adaptations au sein de l'INAMI, les interventions des mutualités en matière de frais de traitement venaient à être sensiblement diminuées par rapport aux interventions en vigueur au moment de la souscription de la présente police, la compagnie n'adaptera pas ses propres interventions afin de compenser ces diminutions d'interventions, au cas où une telle situation aurait pour conséquence une augmentation sensible de ses propres interventions. En d'autres termes, la compagnie continuera dans ce cas à calculer et à octroyer ses interventions sur la base de la situation existant avant les modifications, la prime restant bien évidemment inchangée. Le découvert d'intervention créé à la suite de ces dispositions INAMI peut être intégré dans la garantie de la police par le biais d'une reconstitution de garantie avec prime adaptée conformément aux tarifs en vigueur au moment de la demande dans ce sens, à proposer par la compagnie avant l'application réelle des dispositions susmentionnées. En aucun cas la compagnie ne prendra toutefois à sa charge des franchises annuelles ou applications assimilables prévues ou à prévoir par l'INAMI en matière de remboursement de frais médicaux. Cela s'applique également aux franchises instaurées par des mutuelles étrangères.

11. Garanties alternatives :

Pour les prestations ci-après les garanties alternatives suivantes en remplacement des garanties correspondantes ci-dessus sont d'application pour autant que la couverture en soit confirmée dans les conditions particulières.

a) Physio- et kinésithérapie - Franchise contractuelle

Aucune franchise n'est d'application pour les prestations de physio- et kinésithérapie qui ont lieu après une intervention chirurgicale avec hospitalisation suite à un accident couvert.

Pour toutes les autres prestations de physio- et kinésithérapie une franchise de 50% sur la partie tombant contractuellement à charge de la compagnie est d'application.

b) Bandages, braces et pansements

Les bandages, braces et pansements prescrits par un médecin dans le cadre d'un accident couvert et pour lesquels la mutuelle ne prévoit jamais d'intervention, sont remboursés à concurrence de maximum € 25- par fourniture, avec un maximum de € 75- par accident. Il est précisé que sous le vocable "bandages" sont compris les plâtres.

c) Pour le calcul des interventions en matière de frais de traitement la limitation comme définie ci-dessus de 150% du tarif officiel de l'INAMI est portée au pourcentage renseigné dans les conditions particulières.

Les autres pourcentages de limitation par prestation demeurent inchangés.

12. A.R. du 21.09.1993 - Participations personnelles augmentées

Les participations personnelles augmentées dans le coût des prestations médicales reprises dans l'A.R. du 21.09.1993 sont assurées aussi longtemps que les dites participations personnelles ne tombent pas sous l'application de non-assurabilité en exécution des dispositions de la loi AMI du 09.08.1963 introduites par la loi du 06.08.1993 (article 5).

III. DISPOSITIONS GENERALES

A. Notions de l'accident - Limitations - Exclusions complémentaires aux exclusions prévues autre part dans la police :

Comme précisé dans les articles liminaires et contrairement à ce qui se passe dans des polices souscrites individuellement, la compagnie ne dispose pas, vu le caractère particulier des polices souscrites pour compte d'un groupe d'assurés, d'un certain nombre de données concernant les assurés avec cette conséquence qu'elle n'est pas à même d'appliquer ses possibilités d'annulation, de refus ou d'exclusion de certaines causes de risque à ces assurés pris individuellement. Cette circonstance ne peut toutefois entraîner de conséquences défavorables pour la compagnie; dans cette perspective, il est expressément insisté sur l'application des clauses de la police, traitant principalement de la condition physique des assurés, comme notamment dans certains des articles qui suivent.

1. Les accidents imputables à des actes inconciliables avec la manière généralement admise de pratiquer les activités sportives assurées, sont exclus de même que les accidents survenus à un assuré pendant l'exercice d'une activité assurée pour laquelle il ne satisfait pas aux qualifications de pratique règlementaires ou légales exigées.
2. Toutes les lésions qui sont la suite de microtraumatismes répétés sont exclues, à moins bien sûr qu'il puisse être prouvé qu'elles sont effectivement exclusivement posttraumatiques. Ces lésions ne sont par conséquent couvertes que s'il est incontestablement établi qu'elles sont la conséquence totale et exclusive de l'accident déclaré. Néanmoins vu le caractère spécifiquement sportif de la police et sans toutefois déroger aux dispositions contractuelles en matière de "rechutes" reprises au n° 4 ci-après, une garantie est accordée pour la tendinite, les pubalgies et les lésions dégénératives méniscales pour autant qu'il n'y a pas eu des antécédents de lésions du même type. La couverture accordée est de toute manière limitée à 50% de l'intervention qui serait allouée normalement en matière de "Frais de traitement" et "Indemnités journalières".
3. Il est bien entendu que la compagnie cessera toute intervention à partir du moment où l'assuré sera jugé guéri et/ou apte à reprendre l'exercice du sport par son médecin.
En cas de reprise de la pratique du sport contre l'avis du médecin et sans l'autorisation de ce dernier, les suites de l'accident déclaré ne pourront pas faire l'objet d'une intervention.
4. Toute rechute des suites d'un accident couvert antérieurement par la présente police, même si l'assuré a été déclaré guéri, ne sera jamais considérée comme un nouvel accident.
L'octroi d'indemnités pour les suites de la rechute, tiendra dès lors toujours compte des indemnités ayant fait l'objet de l'accident initial.
Le présent article ne s'oppose cependant pas aux dispositions de l'article 4 dernier § des conditions générales si la compagnie peut et souhaite en invoquer l'application, ce qui sera notamment le cas en cas de rechute des suites d'un accident antérieur, non-couvert par la présente police.
5. Le fait de ne plus pouvoir poursuivre la pratique des activités sportives assurées après un accident n'est pas pris en considération comme élément pour l'octroi des garanties de la police.
6. En cas d'accident on devra toujours pouvoir produire la preuve qu'on était jugé médicalement apte sans réserves à pratiquer les activités sportives assurées. Les accidents pouvant avoir un rapport avec une réserve médicale quelconque sont exclus. Aussi longtemps qu'on n'est pas déclaré complètement guéri des suites d'un accident, on ne pourra solliciter l'intervention de la police pour un accident ultérieur.

B. Déclaration et suivi d'accidents / Rapport de preuve : Dispositions

1. Informations à communiquer :

- a) Le délai pour déclarer un accident à la compagnie est renseigné dans les conditions générales.
 - b) Toute évolution défavorable des suites d'un accident dont la compagnie avait été informée par déclaration d'accident ou par communication, doit être signalée **immédiatement et spontanément** à la compagnie, moyennant un certificat médical, afin que celle-ci soit à tout moment informée de la portée réelle de l'accident, lui permettant toujours d'agir en connaissance de cause afin de :
 - pouvoir accorder, plus précisément à l'accident lui-même, et ce au moment le plus opportun l'attention appropriée dans la perspective de sa portée réelle, e.a. dans l'optique de la faculté d'application efficace des possibilités de contrôle ou de recommandations.
 - d'une manière plus générale, dans le cas de polices souscrites pour le compte d'un groupe d'assurés pouvant tous solliciter l'intervention de la police en tant que victimes d'un accident, pouvant s'assurer une gestion de police bien ordonnée et justifiable à tous égards.
 - c) Plus particulièrement en matière d'incapacité de travail, toute prolongation de la période d'incapacité de travail prescrite par le médecin traitant doit faire l'objet d'un nouveau certificat médical devant être transmis **spontanément** à la compagnie dans les 8 jours.
La garantie de la police est accordée sur la base des suites de l'accident notifiées à la compagnie conformément aux dispositions ci-dessus.
 - d) Au moment de la guérison, un certificat médical de guérison mentionnant la période d'incapacité de travail, la date de guérison et la date à laquelle la pratique du sport peut être reprise, doit être fourni à la compagnie.
2. Dans tous les cas, chaque fois qu'un accident est déclaré à la compagnie, celle-ci fournit un accusé de réception, accompagné d'un document de règlement, mentionnant tous les éléments qui doivent être communiqués pour qu'un accident puisse être réglé, à savoir, certificat du médecin-traitant, preuve de perte de salaire à remplir par l'employeur, attestation d'intervention de la mutuelle dans la perte de salaire et pour autant que la garantie "Frais de traitement" est couverte : état d'honoraires et frais, complété d'une attestation d'intervention de la mutuelle dans ces postes.
La personne chargée par le club de la gestion des dossiers de sinistres, s'engage à demander à la compagnie les documents susmentionnés au cas où elle ne les aurait par reçus dans la semaine qui suit l'expédition de la déclaration d'accident. La même procédure s'applique à l'expédition des certificats médicaux mentionnés au 1) b) et c) ci-dessus. En tous cas, par envoi ou expédition des documents visés sous le point 1) ci-dessus, on entend toujours qu'il y a lieu de les faire parvenir à la compagnie.
 3. Le club-preneur d'assurance s'engage à respecter les dispositions susmentionnées et au cas où il chargerait l'assuré de la gestion d'informer ce dernier sur les engagements contractuels à respecter. L'ignorance de qui que ce soit ne pourra jamais être invoquée comme motif de non-respect des obligations contractuelles.
 4. 1/ Afin de permettre à la compagnie d'appliquer en cas d'accident les stipulations et conventions dans le contexte d'assurances concurrentes, il doit être porté à sa connaissance l'existence de toute police assurant également l'accident déclaré, quel que soit le souscripteur de ces polices.
2/ En plus, l'identité des responsables éventuels doit être communiquée à la compagnie pour lui permettre d'exercer son droit de subrogation.

C. Pavement des indemnités :

Les indemnités dues à la suite d'un accident survenu à l'un des bénéficiaires du présent contrat, en couverture des frais de traitement et d'indemnité journalière, sont versées au secrétaire du club ou à toute personne mandatée par le club, qui donnera décharge entière à la compagnie et s'engage à transmettre aux ayants droit les indemnités perçues.

D. Subrogation :

Quant aux suites de blessures causées par un acte volontaire lors de bagarres se situant dans le champs d'application de la police la compagnie sera entièrement subrogée, jusqu'à concurrence de ses prestations, donc également pour ce qui concerne les garanties de la police à caractère forfaitaire, aux droits de l'assuré à l'égard des éventuels responsables. Il en est de même pour les accidents survenus lors d'un risque de circulation couvert par la police. Dans l'optique d'une pression sur les primes, l'intention des parties est d'exclure des garanties de police y afférentes, les indemnités auxquelles un assuré peut légalement prétendre en tant qu'usager faible. Au cas où la compagnie aurait néanmoins accordé l'avance de telles indemnités, elle disposerait conséquemment à la disposition précitée d'un droit de subrogation à l'égard de tous ceux qui, même sans responsabilité, sont tenus à indemnisation (sur base du chapitre V/bis de la loi du 21.11.1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité civile en matière de véhicules automoteurs).

E. Concours d'assurances**■ Concours d'assurances à caractère différent**

Pour ce qui concerne les polices souscrites pour compte de plusieurs assurés, c.à.d. les polices "groupe", la clause suivante est d'application :
"Les indemnités du chef des garanties à caractère indemnitaire prévues dans la police sont diminuées des prestations dont l'assuré bénéficie en exécution d'une assurance concurrente à caractère différent (art. 40 de la loi du 25.06.1992 sur le contrat d'assurance terrestre)."
Le présent article s'inscrit dans l'optique d'une pression sur les primes relativement aux polices groupe.

■ Concours d'assurances à même caractère

Dans ce cas les dispositions de l'article 45 de la loi du 25.06.1992 sur le contrat d'assurance terrestre ou celles de la convention U.P.E.A. 530 se situant dans le prolongement de cet article 45 sont d'application.
La subsidiarité qui dans le cadre de la convention U.P.E.A. 530 s'applique aux polices conclues "pour compte d'autrui" par rapport aux polices conclues personnellement est également d'application par rapport aux conventions d'assurances conclues avec un organisme assureur qui ne tombe pas sous l'application de la loi du 25.06.1992 sur le contrat d'assurance terrestre.
Par garanties indemnitaires dans le contexte de l'article 45 la présente police entend : les frais de traitement ainsi que l'indemnité journalière payable moyennant preuve de perte de revenus.

F. Les indemnités dues par la compagnie ne sont jamais productives d'intérêts, quelle que soit la raison pour laquelle le règlement est différé, à moins qu'un Tribunal, le cas échéant, en jugerait autrement.

G. Prime :

1. Si la police est souscrite par un club ou une fédération pour couvrir tous leurs membres, sans limitation du nombre, avec paiement de prime par membre assuré, le décompte de la prime totale due s'établira comme suit (Cat. II) :
 - a) La prime due par membre est indiquée dans les conditions particulières. Il s'agit d'une prime minimale due indépendamment du nombre de participations aux activités assurées durant la période d'inscription comme membre assuré dans le courant d'une année d'assurance de police. En tous cas la couverture prend fin pour chaque membre assuré à l'échéance annuelle commune de la police. Du fait qu'en raison des inscriptions qui peuvent survenir dans le courant de l'année d'assurance, il est impossible de déterminer le nombre exact de membres à couvrir, une prime provisoire est déterminée sur base de l'effectif des membres au moment de la prise d'effet de la police.
 - b) Compte tenu de l'effectif de membres communiqué dans le courant de l'année d'assurance, un décompte de prime sera établi à l'expiration de ladite année. Si le nombre total des membres déclarés est inférieur à 10, le décompte de prime s'effectuera tout de même sur base de 10 membres due comme prime de base forfaitaire minimale.
Pour des couvertures uniques de courte durée, le décompte éventuel est établi immédiatement après déroulement de l'organisation.
 - c) **Membres sortants** : toute personne qui serait rayée, dans le courant de l'année d'assurance, en tant que membre, pour quelque raison que ce soit, ne bénéficiera plus, à partir de la date de la radiation, de la couverture de la présente police pour les accidents ultérieurs.
 - d) A chaque échéance annuelle, la compagnie se réserve le droit de porter la prime provisoire à un minimum de 80% de l'effectif total des membres de l'exercice écoulé.
2. Si la police est souscrite pour couvrir une ou plusieurs équipes, ou en faveur d'une ou plusieurs personnes désignées, la prime forfaitaire est indiquée dans les conditions particulières (Cat. I et III).
Comme les primes annuelles se rapportent à des risques de pratique ou organisation variable en fréquence et répartie d'une façon inégale dans l'année, les proratas de primes annuelles non-fixées comme primes minimales, se calculent toujours sur base du tableau suivant :

DUREE DE LA GARANTIE / POURCENTAGE DU DE LA PRIME ANNUELLE					
1 MOIS	20 %	5 MOIS	60 %	9 MOIS	85 %
2 MOIS	30 %	6 MOIS	70 %	10 MOIS	90 %
3 MOIS	40 %	7 MOIS	75 %	11 MOIS	95 %
4 MOIS	50 %	8 MOIS	80 %	12 MOIS	100 %

Pour les 15 premiers jours ou pour toute fraction de cette période, située dans chaque mois complémentaire, la surprime sera de 5 % jusqu'à 6ème mois inclus, et de 2,5 % à partir du 7ème mois.

3. La prime due à la prise d'effet de la police doit d'abord être réglée avant que la couverture d'assurance entre en vigueur.
Pour les polices dont la couverture n'est renouvelable qu'à la demande du preneur d'assurance, sans qu'il y ait obligation à cet égard, la susdite stipulation est également d'application lors de chaque renouvellement.

IV. CONDITIONS PARTICULIERES STANDARD COMPLEMENTAIRES UNIQUEMENT D'APPLICATION AUX ASSURES AFFILIES AUPRES DE L'U.R.B.S.F.A.

1. FONDS DE SOLIDARITE DE L'U.R.B.S.F.A.

A l'exception de ceux qui en seraient exclus en vertu de leur statut, tous les membres de l' U.R.B.S.F.A. bénéficient, lorsqu'ils sont victimes d'un accident de football, des garanties prévues par le Fonds de Solidarité géré par l' U.R.B.S.F.A.

Ce Fonds de Solidarité n'est pas soumis à la loi du 25.06.1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

a) **Essentiellement, ce Fonds de Solidarité couvre, en ce qui concerne les frais de traitement et ce dans le cadre du barème INAMI :**

- 1) Pour ceux qui bénéficient d'interventions de la mutualité : la différence entre la barème INAMI et le barème des interventions de la mutualité.
- 2) Pour ceux qui, e.a. en vertu de l'article 136 §3 de la loi AMI coordonné par A.R. du 14.07.1994, ne bénéficient pas d'une intervention de la mutualité : outre la différence mentionnée au point a) 1) ci-dessus, également l'intervention de la mutualité même pour laquelle le Fonds de Solidarité est dans ce cas substitut.

b) **En ce qui concerne l'incapacité de travail temporaire :** uniquement pour ceux qui relèvent de la catégorie a) 2) ci-dessus, le Fonds de Solidarité prévoit une indemnité journalière forfaitaire.

2. CONSEQUENCES DE CE QUI PRECEDE SUR LA PRESENTE POLICE

a) Toutes les mentions et les applications en découlant, reprises dans la police en relation avec les interventions de la mutualité dans les secteurs de l'assurance INAMI obligatoire et/ou libre sont, dans le contexte de la présente police, comprises et appliquées comme étant en relation avec les interventions de la mutualité dans les secteurs de l'assurance AMI obligatoire et/ou libre et/ou les interventions du Fonds de Solidarité de l'U.R.B.S.F.A.

b) La garantie "Frais de traitement" n'est jamais acquise à ceux qui sont exclus des garanties du Fonds de Solidarité. Pour pouvoir bénéficier de cette garantie, l'intervention du Fonds de Solidarité devra dès lors toujours apparaître, ce qui signifie également que chaque accident doit être déclaré au Fonds de Solidarité.

c) Pour la garantie en cas d'incapacité de travail temporaire, seule la formule à délai de carence est applicable aux assurés affiliés à l' U.R.B.S.F.A.

IV. DEROGATIONS AUX CONDITIONS GENERALES ET/OU PARTICULIERES STANDARD

Pour autant que confirmées aux conditions particulières, les stipulations suivantes constituant une dérogation aux clauses y correspondant dans les conditions générales et/ou particulières standard sont d'application.

1. RESILIATION APRES SINISTRE

Par dérogation aux dispositions de l'article 11 des Conditions Générales, la compagnie renonce à tout droit de résiliation après la survenance d'un sinistre.

2. L'ACTIVITE EXERCEE EN VERTU DE LA PRESENTE POLICE N'EST PAS UNE ACTIVITE SPORTIVE

Les articles de la police contenant des références à des activités sportives doivent dès lors être interprétés comme étant en relation avec l'activité renseignée aux conditions particulières.

3. ACTIVITES SPORTIVES NON-ORGANISEES PAR LE CLUB - PRENEUR D'ASSURANCE

Les accidents survenus à l'occasion d'entraînements non-organisés par le preneur d'assurance, aussi bien en groupe qu'individuels, sont assurés pour autant qu'on puisse prouver qu'ils répondent aux critères suivants :

- a) Avoir pour objet une activité sportive assurée.
 - b) Avoir lieu dans un endroit correspondant à la pratique de l'activité sportive assurée, situé en Belgique.
 - c) Alors qu'on est revêtu de l'équipement et muni des accessoires propres à la pratique de l'activité sportive assurée.
 - d) Il doit être établi sans discussion que l'entraînement avait pour seul but le maintien de la condition physique.
- La charge de la preuve incombe aux assurés.

4. CLUBS AFFILIES AUPRES D'UNE FEDERATION - MATCHES EN DEHORS DU CONTEXTE FEDERAL

Exceptionnellement la couverture de la police peut s'étendre occasionnellement à une rencontre ne tombant pas sous la gérance ou l'autorisation de la fédération et ce pour autant qu'une telle rencontre et les joueurs qui y participent soient communiqués à la compagnie au préalable, par écrit, et que cette dernière ait donné son accord écrit avec indication de la surprime éventuellement due.

PROTECTION DE LA VIE PRIVEE - LOI DU 08.12.1992

Les listes de membres, auxquelles il est fait référence dans le cadre des polices "Sport" d'ARENA, ont essentiellement pour but d'une part de vérifier en cas de déclaration de sinistre si la victime est bien assurée et d'autre part, le cas échéant, de connaître le nombre de membres en vue du calcul des primes. Pour autant que la police prévoit que ces listes de membres doivent être transmises à la compagnie, les données à fournir peuvent se limiter au nom, prénom et date de naissance des membres assurés, éventuellement par club affilié s'il s'agit d'une police fédérale. La compagnie se satisfait d'une copie de ces données, étant entendu qu'elle peut à des fins de contrôle consulter les données originales plus complètes en possession du preneur d'assurance. Cependant, pour les polices à l'égard desquelles l'acceptation du risque nécessite une attestation médicale, les données originales doivent être transmises.

Dans ce contexte, il y a lieu de situer la loi du 08.12.1992.

Cette loi, relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, donne un droit d'accès aux personnes au sujet desquelles les données sont rassemblées en vue de leur traitement manuel ou automatisé.

Les éléments nécessaires aux assurés pour exercer ces droits sont repris ci-après :

- les données réunies au sujet des assurés peuvent être utilisées dans le but suivant : enregistrement dans un fichier général ; émission et gestion des contrats d'assurance ; établissement de statistiques ; contacts éventuels à des fins commerciales en accord avec le preneur d'assurance et dans le contexte des activités sportives et en outre acceptation et évaluation des risques, pour les polices à propos desquelles l'acceptation du risque nécessite une attestation médicale.
- les assurés peuvent demander, moyennant preuve de leur identité et paiement du montant prévu par l' A.R. du 07.09.1993, que les données qui les concernent leur soient communiquées, de même que leur rectification, en prenant contact avec la S.A. ARENA (secrétariat), maître du fichier.
- ils peuvent également consulter le registre public de la Commission pour la protection de la vie privée (MINISTRE DE LA JUSTICE - Place Poelaert 3 à 1000 BRUXELLES).

Le preneur d'assurance ; maître du fichier original des affiliés, informera ses membres de cet usage, lorsque dans le cadre de la police d'assurance ils peuvent faire l'objet de liste de membres à communiquer à la compagnie.

En ce qui concerne les données complémentaires, à fournir spécifiquement dans le cadre d'une déclaration d'accident, la compagnie, via les canaux prévus dans la police, met en outre un avis à la disposition de la victime, lequel mentionne e.a. les implications de la loi du 08.12.1992.

ASSURANCE "RESPONSABILITE CIVILE"

CONDITIONS PARTICULIERES STANDARD - RISQUES SPORTIFS

RC/40/01.2002

I. DESCRIPTION DU RISQUE ASSURE

1. OBJET

La présente police a pour objet de garantir dans les limites des conditions générales et particulières, la responsabilité civile extra-contractuelle des assurés du chef d'accidents qui peuvent leur être imputés par des tiers en vertu des articles 1382 à 1384 du Code Civil dans le cadre des activités sportives assurées par la police.

2. APPRECIATION DU RISQUE

Un des éléments les plus importants à la base du contrat d'assurance, c'est évidemment l'appréciation du risque pour laquelle sont particulièrement fondamentales les prescriptions de sécurité qui par le biais de règlements, règles, prescriptions et dispositions légales encadrent le risque. Il est clair que l'on se situe en dehors de la sphère d'application de la couverture d'assurance si on ne donne pas suite à ces prescriptions de sécurité règlementées. Ainsi l'organisation et la pratique des activités sportives assurées par le contrat doivent toujours répondre aux règles, règlements, prescriptions et dispositions légales fixés en la matière par les autorités compétentes et fédérations auprès desquelles les assurés sont affiliés ou, en cas de non-affiliation à une fédération, aux règles, règlements, prescriptions et dispositions légales fixés par un organisme de gestion officiellement reconnu comme compétent dans le domaine des activités sportives assurées. Ceci constitue un élément essentiel de l'appréciation du risque. Sont dès lors exclus de la garantie, les accidents imputables à et/ou influencés par le fait de ne pas tenir compte/ou d'appliquer de manière injustifiable des règles, règlements, prescriptions et dispositions légales conçus dans l'intérêt de la sécurité.

Des activités qui de la part des pouvoirs publics sont soumises à une permission administrative préalable et/ou à des mesures de sécurité spécifiques imposées ne tombent pas du tout sous l'application de la police s'il n'est pas satisfait à ces conditions.

3. DISPOSITIONS SPECIALES S'APPLIQUANT AUX POLICES CONCLUES POUR COMPTE D'UN GROUPE D'ASSURES

La présente police a été conclue "pour compte de" entre la fédération ou club en tant que preneur d'assurance d'une part et la compagnie d'autre part, sur base de données et dispositions convenues entr'eux en vue de l'établissement des conditions de police et de la fixation de la prime.

Le but est de mettre sur pied pour les membres une couverture d'assurance qui les garantit contre les risques spécifiques ayant trait aux activités sportives assurées par la police et dont on ne retrouve généralement pas la couverture dans les polices d'assurances souscrites d'habitude par les particuliers, de sorte qu'en plus dans la présente police, des primes pour double emploi sont évitées.

Les personnes assurées par cette police de groupe acquièrent cette qualité par le simple fait qu'elles sont affiliées auprès du preneur d'assurance à un moment où le contrat d'assurance conclu entre ce dernier et la compagnie est en vigueur.

En d'autres termes, pour une durée contractuelle limitée dans le temps, la compagnie assure pendant des périodes limitées à leurs seules activités exercées comme membre affilié auprès du preneur d'assurance, un groupe de personnes, dont contrairement aux usages, elle ne dispose d'aucun renseignement individuel en termes d'acceptation de risque.

Vis-à-vis de la compagnie, l'effectif à assurer dans ce contexte ne pourra se réaliser ainsi que d'une façon aléatoire et inconditionnelle se rapportant en plus à des périodes limitées dans le temps.

Dans la relation ainsi créée se situe une série de conditions définies, convenues entre le preneur d'assurance et la compagnie auxquelles les assurés doivent répondre s'ils veulent garantir leurs droits à l'intervention de la police.

- l'ignorance des conditions de la police ne peut en aucun cas être opposée à la compagnie.
- l'assuré ne pourra en aucun cas réclamer une intervention sur base d'une interprétation ou d'une condition divergente des données et conditions convenues entre les contractants, c.à.d. le preneur d'assurance et la compagnie.

4. AMATEURS

L'organisation et la pratique des activités sportives assurées se situent dans le domaine du bénévolat et de l'amateurisme.

Pour ce qui concerne la relation entre les clubs d'une part et les membres pratiquant les activités sportives d'autre part, seule la relation où ces membres ont la qualité de membres adhérents et donc pas celle de préposés ou de salariés tombe sous l'application de la police.

5. LES ACTIVITES SPORTIVES ASSUREES

La discipline sportive organisée par le preneur d'assurance et pratiquée par les assurés est mentionnée dans les conditions particulières.

- Si le preneur d'assurance est affilié auprès d'une fédération, seules les activités sportives ayant lieu sous la gérance et la juridiction ou avec l'assentiment de cette fédération dont le nom est repris dans les conditions particulières, sont assurées.
- Si le preneur d'assurance n'est pas affilié auprès d'une fédération comme tel renseigné dans les conditions particulières, seules les activités sportives qui sont connues par la compagnie par le biais des communications du preneur d'assurance, sont assurées.

6. LES ASSURES

a) Le club - preneur d'assurance -risques d'organisation-

Les dirigeants de club, membres de comité et préposés en tant qu'organisateur des activités sportives assurées par la police pour des accidents survenus pendant et exclusivement imputables à et ayant pour cause immédiate le fait de telle organisation.

Seuls les risques qui peuvent être considérés d'une façon générale comme faisant partie de l'organisation d'activités sportives comme celles assurées par la police, c.à.d. auxquels tout organisateur de telles activités sportives peut normalement être confronté lors d'une organisation, tombent sous l'application de la police, à l'exclusion d'organisations qui tombent sous l'application d'une assurance obligatoire imposée par les autorités.

Les risques d'organisation des activités sportives assurées peuvent se présenter sous les formes suivantes :

- L'organisation d'entraînements dans le cadre du club.
- L'organisation de l'exercice récréatif dans le cadre du club.

Pour autant que les activités sportives assurées s'y prêtent :

- L'organisation sous forme de compétitions dans le cadre du club.
- L'organisation sous forme de compétitions contre d'autres clubs.

Enseignement :

Dans les risques d'organisation sont compris ceux de l'enseignement des activités sportives assurées confié par le club-souscripteur à et accompli, par des instructeurs, moniteurs ou entraîneurs formés reconnus et ce pour des accidents survenus pendant, exclusivement imputables à et ayant pour cause immédiate le fait de l'accomplissement de missions d'enseignement dans le cadre des activités sportives assurées.

b) Les membres sportifs -risques liés à la pratique-

Les personnes renseignées à la compagnie par le club-preneur d'assurance, comme membres sportifs à couvrir, assurées en tant que pratiquants des activités sportives assurées par la police, pour les accidents survenus pendant, exclusivement imputables à et ayant pour cause immédiate le fait de cette pratique.

Ces risques de pratique des activités sportives assurées sont d'application pendant :

- La participation aux organisations de club susmentionnées.
- La participation, comme membre du club-preneur d'assurance, aux rencontres interclubs organisées par d'autres clubs et auxquelles le club-preneur d'assurance participe, aussi bien en Belgique qu'à l'étranger pour autant que ces organisations répondent aux dispositions de l'article I/5 ci-dessus.

Qui est considéré comme membre assuré valablement renseigné en tant que tel ?

Deux catégories sont distinguées. La catégorie qui est d'application est mentionnée dans les conditions particulières.

1) Catégorie 1 : Polices à couverture et paiement de prime par membre, sans limitation du nombre.

Tous les membres affiliés auprès du preneur d'assurance dont les noms sont renseignés à la compagnie moyennant une liste nominative. Une telle liste doit être communiquée lors de la prise d'effet du contrat et ensuite au début de chaque période d'assurance, c.à.d. à chaque échéance annuelle de la police. Toutes les modifications et ajoutes sont à communiquer mensuellement à la compagnie.

Ainsi, seules les personnes dont l'identité est connue par la compagnie sont assurées.

Toutefois, la compagnie se considère comme engagée sur tout risque nouveau dès affiliation et l'inscription d'un nouveau membre dans le registre des membres numéroté, déposé au siège du preneur d'assurance, étant entendu que ce nouveau membre règle en même temps sa prime. La compagnie pourra consulter ce registre à tout moment.

Dans le cas où un accident serait déclaré, l'auteur de l'accident n'étant pas encore renseigné comme assuré à la compagnie, le registre des membres devra justifier sa date d'affiliation, ainsi que la date à laquelle sa prime fut réglée.

Les dispositions susmentionnées impliquent que dans un cas pareil, entre la date d'affiliation et la date de l'accident, une période d'un mois maximum peut être écoulée.

2) Catégorie 2 : Polices à couverture et paiement d'une prime forfaitaire par tranche de nombre de membres, sans limitation du nombre de membres.

Tous les membres affiliés auprès du preneur d'assurance, détenteurs d'une carte d'affiliation régulière, sont considérés comme membres assurés. La compagnie pourra consulter à tout moment, si elle le désire, ce fichier d'affiliations.

7. QUI EST CONSIDERE COMME TIERS ?

Toute personne étrangère au club-souscripteur et à ses membres affiliés, ne pouvant avoir en tant que telle la qualité d' "assuré".

Extension de la notion de "tiers" à ceux qui dans le contexte de la présente police peuvent pourtant avoir la qualité "d'assuré" :

Ceux qui dans le contexte de la présente police ont la qualité d' "assurés" sont considérés comme "tiers" dans les limites des conditions suivantes :

- a) Les membres-pratiquants sont, en leur qualité de pratiquants, considérés comme tiers entr'eux pour ce qui concerne les dommages corporels du chef d'accidents leur causés en tant que pratiquants pendant et par le fait de leur participation à des activités sportives assurées.
- b) Les membres-pratiquants sont, en leur qualité de pratiquants, considérés comme tiers à l'égard du club-souscripteur en qualité d'organisateur des activités sportives assurées pour ce qui concerne les dommages corporels du chef d'accidents leur causés en tant que pratiquants pendant et par le fait de leur participation à des activités sportives assurées.
Dans le contexte du présent article les risques d'organisation du club-souscripteur comprennent les risques relatifs à l'enseignement comme définis dans l'article 6. a) ci-dessus.
- c) Les aides-bénévoles qui apportent gratuitement leur participation à l'organisation par le club-souscripteur des activités sportives assurées sont, pour autant qu'ils ne tombent pas sous l'application de la loi relative aux accidents de travail, considérés en cette qualité comme tiers à l'égard du club-souscripteur pour ce qui concerne les dommages corporels du chef d'accidents leur causés comme aides bénévoles pendant et par le fait de cette participation.

Limitation de garantie

Les garanties assurées dans le contexte des extensions susmentionnées sont limitées à **50%** des limites correspondantes prévues dans le point II. **Garanties Assurées** ci-dessous.

8. EXTENSIONS• Article 1385 C.C.

Cette extension à l'article 1385 C.C. ne s'applique qu'aux activités sportives assurées nécessitant l'usage d'animaux. La garantie s'étend aux accidents survenus lors des activités sportives assurées pouvant être imputés aux assurés par le fait d'un animal employé à l'occasion de la pratique de ces activités sportives assurées.

• Article 1386 C.C.

Il est précisé que la garantie d'assurance s'étend également aux accidents attribuables aux installations nécessairement inhérentes à la pratique normale des activités sportives couvertes par la présente police, en ce compris les bâtiments servant de locaux de réunion ou de cantine et ce pour autant que les assurés soient propriétaire de ces installations ou bâtiments et pour autant que ces derniers soient utilisés par les assurés eux-mêmes au moment de l'accident. Les risques découlant des bâtiments ou installations autres que ceux repris ci-avant sont exclus.

9. LIEUX DE VALIDITE DES GARANTIES

a) Sur le plan de l'organisation : aux endroits où les clubs organisent les activités sportives tombant sous l'application de la présente police.

b) Sur le plan de la pratique : aux endroits où les sportifs assurés pratiquent les activités sportives tombant sous l'application de la présente police.

Les endroits où les activités sportives ont lieu doivent être généralement considérés comme adaptés à l'exercice de ces activités sportives.

II. GARANTIES ASSUREES

Limites par accident ou série d'accidents résultant d'un seul et même événement :

- 1) Dommages corporels : Par victime : le montant renseigné à cet effet dans les conditions particulières.
Limite absolue pour l'ensemble de toutes les victimes : le montant renseigné à cet effet dans les conditions particulières.

- 2) Dégâts matériels : le montant renseigné à cet effet dans les conditions particulières.

- Franchise :

Pour tout sinistre relevant de la garantie "Dommages matériels", la compagnie n'interviendra pas pour le montant de la franchise contractuelle, dont les assurés resteront leur propre assureur en ordre prioritaire d'intervention.

Pour la fixation de la franchise, il est tenu compte des implications des stipulations et conventions ayant rapport à l'article 45 de la loi du 25.06.1992, lequel concerne la pluralité d'assurances dont il est question à l'article 23 des conditions générales de la police.

Les indications suivantes doivent être prises en considération :

La franchise d'application dans la police est calculée sur base de la franchise (qualifiée plus loin de "franchise de référence) fixée par l'A.R. du 12.01.1984 modifié par les A.R. des 12.09.1985, 01.02.1988 et 24.12.1992 en matière R.C. "Vie Privée" et ceci conformément aux stipulations de l'article 5 de cet A.R.

Pour ce qui concerne les "Dommages Matériels" causés aux pratiquants des activités sportives assurées les dommages causés aux vêtements, lunettes, objets personnels, matériel et équipement sportifs sont toujours exclus de la garantie.

Les franchises suivantes sont d'application :

- Si, lors d'un sinistre couvert, il y a une intervention prioritaire effective (après franchise éventuelle) du chef d'une autre police d'assurance R.C., il est appliqué une franchise égale à 50% de la franchise de référence, pour autant que le montant des dégâts soit supérieur à 200% de la franchise de référence.
- Si, lors d'un sinistre couvert, il n'y a pas d'intervention prioritaire mais bien une co-intervention effective (après franchise éventuelle) dans le chef d'une autre police d'assurance R.C. (comme prévu par l'article 45 de la loi du 25.06.1992), il est appliqué une franchise égale à 100% de la franchise de référence. Cette franchise est également appliquée au cas où le montant des dégâts est inférieur à 200% de la franchise de référence.
- Si, lors d'un sinistre couvert, il n'y a aucune intervention de la part d'une autre police R.C. ou au cas où la présente police doit intervenir en ordre prioritaire (après franchise) par rapport à d'autre(s) police(s), il est appliqué une franchise égale à 125 % de la franchise de référence.

- 3) Dans le contexte des dispositions de la loi du 16.03.1994 (M.B. du 04.05.1994) le paiement des intérêts, frais et honoraires visé dans l'article 2 des conditions générales, ainsi que des frais de sauvetage visé dans l'article 52 de la loi du 25.06.1992, sont limités conformément aux dispositions de l'A.R. du 29.12.1994.

4) Recours

- Les garanties de la police sont accordées sans préjudice du recours de l'assureur contre des parties non-garanties par la police qui, sous quelque forme que ce soit, sont impliqués dans les risques assurés par la police. Pour ce qui concerne les parties qui sont garanties par la police et impliquées dans un risque assuré s'appliquent les dispositions de l'article 45 de la loi du 25.06.1992 C.A.T. à l'égard des polices concurrentes par lesquelles elles sont assurées.
- Au cas où la cause d'un dommage survenu à l'occasion de l'organisation d'une activité sportive assurée peut être attribuée en partie ou en totalité à un fait ou une situation déjà présents avant cette organisation, comme p.e. des dommages causés ou co-causés par un manque d'entretien des installations où l'organisation avait lieu, la compagnie pourra exercer un recours contre ceux qui sont responsables pour ces faits et situations déjà présents avant l'organisation.
Pareil recours peut être exercé aussi contre les parties garanties par la présente police pour autant qu'ils soient assurés contre le risque en question.

Les garanties sont limitées par année d'assurance, mais elles peuvent être reconstruites.

Au cas où plusieurs parties rendues responsables du même accident ou événement seraient garanties par la présente police (fautes communes et concurrentes), les sommes garanties assurées maximales suivant les dispositions reprises ci-avant, ne peuvent être outrepassées par accident ou série d'accidents résultant du même événement, quels que soient la qualité et/ou le nombre de parties garanties par la police.

III. DISPOSITIONS GENERALES

1. MESURES DE PREVENTION / EXCLUSIONS

Indépendamment du fait de l'existence ou non de règles, règlements, prescriptions ou dispositions légales comme précisé dans l'article I/2 "Appréciation du risque" ci-dessus, l'organisation et la pratique des activités sportives assurées par la police doivent évidemment toujours aller de pair avec la prise de mesures de précaution élémentaires sans lesquelles un déroulement normal ne peut être garanti.

Dans cette optique, outre les exclusions faisant l'objet de cet article I/2 "Appréciation du risque" et celles prévues dans les conditions générales et particulières de la police, sont également exclus des garanties :

a) Risques d'organisation :

Accidents imputables au fait que, lors de l'organisation des activités assurées, des mesures de précaution adaptées aux circonstances présentes en vue de la prévention d'accidents ne sont pas prises ; autrement dit, les accidents qui, vu les circonstances présentes, sont prévisibles et dont il ne peut être indiscutablement démontré que, hormis des situations exceptionnelles, ils peuvent être évités sans que les mesures de précaution précitées soient prises. La responsabilité découlant de l'exploitation d'une buvette faisant éventuellement partie des installations ou bâtiments visés par l'article 8 ci-dessus ne tombe pas sous l'application de la présente police.

■ Enseignement :

Les accidents attribuables à un défaut manifeste dans le contexte d'une activité d'enseignement ou d'encadrement comme l'absence d'un ou de plusieurs éléments de préparation ou mesures de sécurité de sorte que la réussite de l'activité est sans plus hypothéquée avant son commencement.

b) Risques liés à la pratique :

En ce qui concerne l'exercice des activités sportives assurées, les accidents imputables à des actes inconciliables avec la manière généralement admise de pratiquer les activités sportives assurées.

c) En général :

- Accidents imputables au fait qu'un assuré ne possède pas les qualifications réglementaires ou légales ou couramment répandues exigées pour les actes au cours et par le fait desquels ces accidents se sont produits.
- Pour ce qui concerne les risques d'organisation et de pratique nécessitant l'usage de véhicule à moteur, d'embarcation de navires ou d'aéronefs, les dégâts causés à ceux-ci ou par ceux-ci sont exclus.
- Les indemnités auxquelles un assuré serait tenu en tant qu'employeur sur base de la législation relative aux accidents du travail.

2. PRIME

- a) Si la police est souscrite par le club-preneur d'assurance pour couvrir tous leurs membres, sans limitation du nombre, avec paiement de prime par membre assuré, le décompte de la prime totale due s'établira comme suit (catégorie I) :
- 1) La prime due par membre est indiquée dans les conditions particulières. Il s'agit d'une prime minimale due indépendamment du nombre de participations aux activités assurées durant la période d'inscription comme membre assuré dans le courant d'une année d'assurance de police. En tous cas la couverture prend fin pour chaque membre assuré à l'échéance annuelle commune de la police. Du fait qu'en raison des inscriptions qui peuvent survenir dans le courant de l'année d'assurance, il est impossible de déterminer le nombre exact de membres à couvrir, une prime provisoire est déterminée sur base de l'effectif des membres au moment de la prise d'effet de la police.
 - 2) Compte tenu de l'effectif de membres communiqué dans le courant de l'année d'assurance, un décompte de prime sera établi à l'expiration de la dite année. Si le nombre total des membres déclarés est inférieur à 10, le décompte de prime s'effectuera tout de même sur base de 10 membres due comme prime de base forfaitaire minimale.
Pour des couvertures uniques de courte durée, le décompte éventuel est établi immédiatement après déroulement de l'organisation.
 - 3) **Membres sortants** : toute personne qui serait rayée, dans le courant de l'année d'assurance, en tant que membre, pour quelle raison que ce soit, ne bénéficiera plus, à partir de la date de la radiation, de la couverture de la présente police pour les accidents ultérieures.
 - 4) A chaque échéance annuelle, la compagnie se réserve le droit de porter la prime provisoire à un minimum de 80% de l'effectif total des membres de l'exercice écoulé.

- b) Si la police est souscrite par le club-preneur d'assurance pour compte de tous les membres (pratiquants et non-pratiquants), sans limitation du nombre, avec paiement d'une prime forfaitaire par tranche de nombre de membres, cette prime est renseignée dans les conditions particulières. (catégorie II)
A la souscription du contrat la prime due est composée sur base des tranches correspondant à l'effectif de membres total connu.
La prime fixée par tranche est due dès que le nombre de membres autorisé pour la tranche antérieure est dépassé.
Le preneur d'assurance s'oblige à communiquer immédiatement à la compagnie chaque modification à l'effectif des membres entraînant une adaptation de la prime due.

Comme les primes annuelles se rapportent à des risques de pratique ou organisation variable en fréquence et répartie d'une façon inégale dans l'année, les proratas de primes annuelles non-fixées comme primes minimales, se calculent toujours sur base du tableau suivant :

DUREE DE LA GARANTIE / POURCENTAGE DU DE LA PRIME ANNUELLE					
1 MOIS	20 %	5 MOIS	60 %	9 MOIS	85 %
2 MOIS	30 %	6 MOIS	70 %	10 MOIS	90 %
3 MOIS	40 %	7 MOIS	75 %	11 MOIS	95 %
4 MOIS	50 %	8 MOIS	80 %	12 MOIS	100 %

Pour les 15 premiers jour ou pour toute fraction de cette période, située dans chaque mois complémentaire, la surprime sera de 5 % jusqu'au 6ème mois inclus, et de 2,5 % à partir du 7ème mois.

- c) La prime due à la prise d'effet de la police doit d'abord être réglée avant que la couverture d'assurance entre en vigueur.
Pour les polices dont la couverture n'est renouvelable qu'à la demande du preneur d'assurance, sans qu'il y ait obligation à cet égard, la susdite stipulation est également d'application lors de chaque renouvellement.

3. PLURALITE DE CONTRATS

Afin de permettre à la compagnie d'appliquer en cas de sinistre les stipulations et conventions dans le contexte de l'article 45 de la loi du 25.06.1992, il doit être porté à sa connaissance, dans le cadre de l'article 23 des conditions générales du contrat, l'existence de toute police assurant également le sinistre déclaré, quel que soit le souscripteur de ces polices.

IV. DEROGATIONS AUX CONDITIONS GENERALES ET/OU PARTICULIERES STANDARD

Pour autant que confirmées aux conditions particulières, les stipulations suivantes constituant une dérogation aux clauses y correspondant dans les conditions générales et/ou particulières standard sont d'application.

1. RESILIATION APRES SINISTRE

Par dérogation aux dispositions de l'article 11 des Conditions Générales, la compagnie renonce à tout droit de résiliation après la survenance d'un sinistre.

2. L'ACTIVITE EXERCEE EN VERTU DE LA PRESENTE POLICE N'EST PAS UNE ACTIVITE SPORTIVE

Les articles de la police contenant des références à des activités sportives doivent dès lors être interprétés comme étant en relation avec l'activité renseignée aux conditions particulières.

3. ACTIVITES SPORTIVES NON-ORGANISEES PAR LE CLUB - PRENEUR D'ASSURANCE

Les accidents survenus à l'occasion d'entraînements non-organisés par le preneur d'assurance, aussi bien en groupe qu'individuels, sont assurés pour autant qu'on puisse prouver qu'ils répondent aux critères suivants :

- a) Avoir pour objet une activité sportive assurée.
- b) Avoir lieu dans un endroit correspondant à la pratique de l'activité sportive assurée, situé en Belgique.
- c) Alors qu'on est revêtu de l'équipement et muni des accessoires propres à la pratique de l'activité sportive assurée.
- d) Il doit être établi sans discussion que l'entraînement avait pour seul but le maintien de la condition physique.

La charge de la preuve incombe aux assurés.

4. CLUBS AFFILIES AUPRES D'UNE FEDERATION - MATCHES EN DEHORS DU CONTEXTE FEDERAL

Exceptionnellement la couverture de la police peut s'étendre occasionnellement à une rencontre ne tombant pas sous la gérance ou l'autorisation de la fédération et ce pour autant qu'une telle rencontre et les joueurs qui y participent soient communiqués à la compagnie au préalable, par écrit, et que cette dernière ait donné son accord écrit avec indication de la surprime éventuellement due.

PROTECTION DE LA VIE PRIVEE - LOI DU 08.12.1992

Les listes de membres, auxquelles il est fait référence dans le cadre des polices "Sport" d'ARENA, ont essentiellement pour but d'une part de vérifier en cas de déclaration de sinistre si la victime est bien assurée et d'autre part, le cas échéant, de connaître le nombre de membres en vue du calcul des primes.

Pour autant que la police prévoit que ces listes de membres doivent être transmises à la compagnie, les données à fournir peuvent se limiter aux nom, prénom et date de naissance des membres assurés, éventuellement par club affilié s'il s'agit d'une police fédérale.

La compagnie se satisfait d'une copie de ces données, étant entendu qu'elle peut à des fins de contrôle consulter les données originales plus complètes en possession du preneur d'assurance. Cependant, pour les polices à l'égard desquelles l'acceptation du risque nécessite une attestation médicale, les données originales doivent être transmises.

Dans ce contexte, il y a lieu de situer la loi du 08.12.1992.

Cette loi, relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, donne un droit d'accès aux personnes au sujet desquelles les données sont rassemblées en vue de leur traitement manuel ou automatisé.

Les éléments nécessaires aux assurés pour exercer ces droits sont repris ci-après :

- les données réunies au sujet des assurés peuvent être utilisées dans le but suivant : enregistrement dans un fichier général ; émission et gestion des contrats d'assurance ; établissement de statistiques ; contacts éventuels à des fins commerciales en accord avec le preneur d'assurance et dans le contexte des activités sportives et en outre acceptation et évaluation des risques, pour les polices à propos desquelles l'acceptation du risque nécessite une attestation médicale.
- les assurés peuvent demander, moyennant preuve de leur identité et paiement du montant prévu par l' A.R. du 07.09.1993, que les données qui les concernent leur soient communiquées, de même que leur rectification, en prenant contact avec la S.A. ARENA (secretariat), maître du fichier.
- ils peuvent également consulter le registre public de la Commission pour la protection de la vie privée (MINISTERE DE LA JUSTICE - Place Poelaert 3 à 1000 BRUXELLES).

Le preneur d'assurance ; maître du fichier original des affiliés, informera ses membres de cet usage, lorsque dans le cadre de la police d'assurance ils peuvent faire l'objet de liste de membres à communiquer à la compagnie.

En ce qui concerne les données complémentaires, à fournir spécifiquement dans le cadre d'une déclaration d'accident, la compagnie, via les canaux prévus dans la police, met en outre un avis à la disposition de la victime, lequel mentionne e.a. les implications de la loi du 08.12.1992.

ASSURANCES "ACCIDENTS CORPORELS"
CONDITIONS GENERALES

DEFINITIONS : pour l'interprétation du contrat, on entend par :

- **la compagnie :** l'entreprise d'assurance, citée dans les conditions particulières, avec laquelle le contrat est conclu.
- **le preneur d'assurance :** la personne (civile ou morale) qui conclut le contrat avec la compagnie.
- **l'assuré :** la personne sur la tête de laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré.
- **le bénéficiaire :** la personne désignée pour recevoir les indemnités contractuellement prévues par la police.

OBJET ET ETENDUE DE L'ASSURANCE

Article 1

La compagnie garantit le paiement des indemnités convenues lorsqu'un assuré est victime d'un **accident corporel** survenu pendant et par le fait de l'accomplissement d'une activité assurée dans les circonstances définies aux conditions générales et particulières.

Article 2

Il est convenu que sauf stipulation contraire dans les conditions particulières, les garanties de la présente police s'étendent aux accidents corporels survenus en Belgique dans les limites prévues aux conditions particulières.

Article 3

- **Par "accident" on entend :** un événement soudain dont la cause ou une des causes est extérieure à l'organisme de la victime et qui produit une lésion corporelle.
- **La police garantit également :**
 - *Pour autant qu'il soit établi qu'ils sont la conséquence directe et exclusive d'un accident assuré, les risques suivants, sinon exclus : les maladies, contagions et infections, ainsi que les cas de tétanos ou de charbon.*
 - *Pour autant que survenues pendant et par le fait de l'accomplissement d'une activité assurée, sont également garanties par extension les lésions corporelles contractées à la suite de :*
 - la gelure, l'insolation, la noyade, l'hydrocution, l'empoisonnement et l'asphyxie par suite de l'ingestion involontaire d'un produit nocif.
 - *Pour autant qu'encourues pendant une activité assurée par la police, sont également garanties par extension :*
 - les lésions corporelles résultant de morsures d'animaux ou de piqûres d'insectes **non** survenues par le fait de l'accomplissement d'une activité assurée par la police.
 - *En outre sont également garanties pour autant que se situant dans le champ d'application du risque assuré :*
 - Les lésions corporelles encourues :
 - en état de légitime défense sans que l'assuré soit lui-même l'agresseur ;
 - lors du sauvetage de personnes, animaux ou biens en danger ;
 - Les lésions corporelles résultant :
 - d'attentats ou d'agressions survenues à un assuré ;
 - Les lésions corporelles suivantes, pour autant toutefois qu'il soit établi qu'elles se sont manifestées d'une manière immédiate et soudaine et ne peuvent qu'être la conséquence directe et exclusive d'un effort physique soudain à l'occasion d'une activité assurée :
 - les hernies discales et inguinales, les déchirures musculaires partielles ou totales, les déchirures de tendon, les longations, les foulures et les luxations.

Chaque fois qu'il est fait référence dans la police à un "accident" dans le sens d'un événement pouvant donner lieu au paiement des indemnités prévues dans la police, ce terme s'applique également aux extensions de garanties décrites ci-dessus. Ainsi, les exclusions applicables à des accidents s'appliqueront aussi aux extensions de garantie visées ci-dessus.

Article 4 - RISQUES EXCLUS

Sont exclus de l'assurance :

- a) les accidents résultant d'actes dangereux et téméraires injustifiables

- b) les accidents résultant de paris, défits ou participations à des délits;
- c) les accidents résultant d'événements de guerre, d'invasion, de troubles civils, d'émeutes, de grève, d'activités terroristes, d'attentats (à l'exception d'attentats visant personnellement un assuré), de cataclysmes naturels, à moins que l'assuré ou le bénéficiaire ne prouve que l'accident est sans relation avec lesdits événements.
- d) les accidents survenus alors que l'assuré est sous l'empire de stupéfiants ou de produits analogues, ou se trouve en état d'ivresse ou d'intoxication alcoolique, à moins que l'assuré ou le bénéficiaire ne prouve que l'accident est sans relation causale avec les circonstances précitées.
- e) les accidents causés volontairement par l'assuré ou le bénéficiaire, le suicide ou la tentative de suicide.
- f) les hernies internes, hernies discales, varices, lumbago et la sciatique, à moins qu'il ne soit établi qu'ils tombent sous l'application de l'extension aux lésions corporelles résultant d'un effort physique soudain comme défini dans l'article 3 ci-dessus.
- g) les accidents survenus à des personnes qui sont atteintes d'une maladie grave ou affligées d'une infirmité lourde comme la cécité, la surdit, la paralysie ou a des personnes souffrant de troubles mentaux, dpression nerveuse ou delirium tremens, moins qu'il n'y ait pas de rapport entre l'accident et les situations susmentionnes.
- h) outre les consquences de, galement les accidents rsultant de : une faiblesse, un affaiblissement, un collapsus, une congestion, un infarctus, une attaque d'apoplexie ou d'pilepsie ou d'autres affections de cette espce.
- i) Les consquences directes ou indirectes :
 - 1) des effets thermiques, mcaniques, radio-actifs et autres provenant d'une modification quelconque de la structure atomique de la matire ;
 - 2) de l'acclration artificielle de particules atomiques ;
 - 3) de radiations provenant des radioisotopes.

Au cas o un tat prexistant avant l'accident aurait influenc l'accident, c.d. provoqu ou aggrav l'accident et/ou ses suites ou y aurait contribu directement ou indirectement, l'indemniti se calculera sur base des suites dommageables que l'accident aurait eues dans des circonstances identiques chez une personne se trouvant dans un tat psycho-physique normal.

GARANTIES

Article 5

Les indemnitis en cas d'accident corporel sont attribues aux conditions ci-aprs fixes :

1. En cas de dcs :

Si l'assur dcde la suite d'un accident couvert par la police, dans les 12 mois dater du jour de l'accident, la compagnie paie le capital assur au bnficiaire dsign aux conditions particulires, ou, dfaut, au conjoint cohabitant, dfaut aux hritiers lgaux jusqu'au quatrime degr inclus.

A dfaut, la compagnie rembourse uniquement les frais de funrailles justifis, jusqu' un maximum gal au capital assur.

Le paiement est effectu dans les 15 jours aprs que la compagnie a t mise en possession des documents qui prouvent que l'assur est dcd la suite d'un accident couvert, ainsi que la qualit des bnficiaires.

2. En cas d'invalidit permanente :

En cas d'invalidit permanente rsultant d'un accident couvert par la police la compagnie paie l'assur la partie du capital assur proportionnelle au degr de l'invalidit permanente tablie la consolidation, soit d'un commun accord, soit par expertise mdicale, mais au plus tard trois ans aprs le jour de l'accident, conformment au barme ci-dessous. Il n'est pas tenu compte de la profession de l'assur, ni du dommage esthtique (invalidit physiologique).

L'invalidit permanente se divise en :

- a) **Invalidit permanente totale :** qui donne droit la somme entire stipule pour ce cas et qui consiste , soit dans la dmence incurable, soit dans la perte totale (l'impotence fonctionnelle absolue d'un membre ou d'un organe est assimile sa perte totale elle-mme) des deux yeux, des deux bras, des deux mains, des deux jambes, des deux pieds, d'un bras et d'une jambe, d'un bras et d'un pied, d'une main et d'une jambe ou d'une main et d'un pied.

b) **Invalidité permanente partielle** : qui donne droit aux pourcentages ci-dessous indiqués, de la somme assurée pour le cas d'invalidité permanente totale et qui consiste dans une ou plusieurs des blessures ou des lésions énumérées ci-après :

	<u>DROIT</u>	<u>GAUCHE</u>
- Perte totale du bras	75%	60%
- Perte totale de l'avant-bras	65%	55%
- Perte totale de la main	60%	50%
- Perte totale du mouvent de l'épaule	30%	25%
- Perte totale du mouvement du coude ou du poignet	25%	20%
- Perte totale du pouce	20%	18%
- Perte totale de l'index	16%	14%
- Perte totale du majeur	12%	10%
- Perte totale de l'annulaire ou de l'auriculaire	10%	8%
- Perte totale d'une cuisse		60%
- Perte totale d'une jambe ou d'un pied		50%
- Perte partielle d'un pied comprenant tous les orteils		30%
- Ablation de la mâchoire inférieure		30%
- Perte totale d'un oeil ou réduction de moitié de la vision binoculaire		30%
- Surdité complète des deux oreilles		40%
- Surdité complète d'une oreille		15%
- Fracture non remise d'un pied ou d'une jambe		30%
- Perte totale du mouvement d'une hanche ou d'un genou		25%
- Fracture non-remise d'une rotule		25%
- Raccourcissement d'au moins 5 centimètres d'un membre inférieur		15%
- Raccourcissement d'au moins 3 centimètres d'un membre inférieur		10%
- Perte totale d'un gros orteil		10%
- Perte totale d'un autre orteil		5%

Les invalidites non numres ci-dessus, mme d'importance moindre, sont indemnises en proportion de leur gravit compare celle des cas numres et sans tenir compte de la profession de l'assur. Pour un gaucher, les taux fixs pour le membre suprieur droit s'appliquent au membre suprieur gauche et inversement.

3. En cas d'incapacit temporaire :

Lorsque l'accident entrane une incapacit temporaire, la compagnie paye l'assur l'indemnit journalire convenue, et ceci partir de la date de dbut du traitement mdical ou partir du jour suivant l'expiration du dlai de carence prvu dans les conditions particulires.

L'indemnit est accorde jusqu' la consolidation, mais au maximum pendant 300 jours compter de la date de l'accident, ou pendant la dure convenue en conditions particulires.

Cette indemnit sera rduite proportionnellement la capacit de travail aussitt que l'assur pourra vaquer partiellement ses occupations ; elle sera supprime ds que l'incapacit de travail n'atteint plus 25%.

4. Frais de traitement :

La compagnie garantit le remboursement des frais de traitement qui sont normalement et conformment l'usage gnral ncessaires au recouvrement de la sant suite un accident tombant sous l'application du prsent contrat. La garantie est accorde jusqu' la consolidation des lsions sans pouvoir excder toutefois la priode de garantie prvue dans les conditions particulires et ce concurrence de la somme prcise aux conditions particulires, dans les limites et suivant les dispositions prvues dans ces conditions particulires. Ces remboursements ne sont accords que sur prsentation de pices justificatives originales.

Article 6

En cas de diffrend relatif une question d'ordre mdical, il peut tre recouru, d'un commun accord, une expertise. L'expertise est accomplie par des experts dsigns l'un par l'assur ou le bnficiaire de la garantie, l'autre par la compagnie. Si ncessaire, les experts s'adjoindront un troisime expert.

Conjointement, ils forment un collge qui tranche la majorit des voix. Au cas o l'une des parties omettrait de dsigner son expert, celui-ci sera dsign par le Prsident du tribunal comptent, la demande de la partie la plus diligente. Il en est de mme si les deux experts ne tombent pas

d'accord sur le choix du troisime expert ou si l'un d'eux ne s'acquiesce pas de sa mission. Chaque partie prend en charge les honoraires et frais de l'expert qu'elle a dsign ; ceux concernant le troisime expert et les spcialistes ventuellement consults la demande des experts sont supports pour moiti par chaque partie.

Article 7

Un mme accident ne peut donner lieu au paiement d'une indemnit pour le cas de dcs et d'une indemnit pour incapacit permanente. Le paiement de l'indemnit en cas d'incapacit temporaire (indemnit journalire) a lieu sans prjudice de celle due pour le cas de mort ou d'invalidit permanente.

L'indemnit totale due pour plusieurs invalidits provenant du mme accident s'obtient par addition, sans pouvoir dpasser la somme intgrale assure pour invalidit permanente totale.

Toutefois, si aprs le paiement d'une indemnit pour invalidit permanente, le dcs de l'assur survient dans le dlai d'un an compter du jour de l'accident, la compagnie aura payer le capital convenue pour le cas de dcs sous dduction de la somme dj paye pour invalidit permanente condition que le dcs soit incontestablement la consquence exclusive de l'accident.

Le bnficiaire du capital assur en cas de dcs ne pourra contester la rduction que subit, de ce fait, le capital assur.

Dans tous les autres cas, le paiement de l'indemnit libre dfinitivement la compagnie.

Article 8

La garantie ne porte que sur les consquences de l'accident lui-mme et pour autant qu'aucune maladie ou invalidit ne soit intervenue comme facteur dans la blessure ou ses suites.

La perte de membres ou organes hors d'usage avant l'accident ne donne pas lieu une indemnit, et la lsion de membres ou organes dj infirmes n'est indemnise que par diffrence entre l'tat avant et aprs l'accident.

Les lsions des membres ou organes sains, atteints par l'accident, doivent tre values sans tenir compte d'un tat antrieur d'invalidit pouvant affecter d'autres membres ou organes.

La compagnie ne doit aucune indemnit en cas de dcs par maladie, alors mme que celle-ci aurait t aggrave par un accident, qu'il soit survenu avant, conjointement ou aprs l'tat de maladie.

En outre, chaque fois que les suites dommageables d'un accident seront aggraves par des causes ou des circonstances autres que le fait de l'accident mme, l'indemnit sera calcule d'aprs les suites qu'aurait eues l'accident chez une personne se trouvant dans un tat psychophysique normal et qui ne subit pas les effets de ces causes et circonstances.

Cela signifie que la garantie ne concerne que les dommages exclusivement causs par l'accident couvert et que les dommages causs par d'autres faits, qu'ils soient survenus avant, aprs ou simultanment l'accident, ne tombent pas sous l'application de la garantie.

Article 9 - OBLIGATIONS EN CAS D'ACCIDENT

Tout accident doit tre dclar immdiatement par crit la compagnie et au plus tard dans les huit jours de sa survenance.

Cette obligation incombe tous les assurs.

La dclaration d'accident doit indiquer dans la mesure du possible, les causes, les circonstances, le jour, l'heure et le lieu de l'accident, le nom, les prnoms et le domicile de la victime et des tmoins.

Elle doit tre accompagne d'un certificat mdical mentionnant la nature des lsions encourues, les consquences probables de l'accident et la dure probable du traitement et de l'incapacit de travail qui rsulteront de l'accident.

La dclaration se fait, pour autant que possible, sur le formulaire fourni dans ce but par la compagnie.

Immdiatement aprs l'accident, le bless est tenu de consulter un docteur en mdecine si son tat le rclame. Les bnficiaires de l'assurance doivent tablir que et dans quelle mesure le dommage pour lequel ils demandent une indemnit est causalement imputable un accident couvert par la police.

Ils doivent fournir la compagnie ou ses dlgus tous renseignements et pices justificatives touchant l'accident qui leur sera réclams.

Les mdecins et les dlgus de la compagnie ne pourront tre admis aprs des victimes que s'ils souhaitent constater leur tat.

La compagnie doit être avisée immédiatement de tout accident à issue fatale, et en tout cas en temps utile pour lui permettre d'exercer son droit de contrôle, si nécessaire par la voie d'une autopsie.

Le fait que la compagnie ne fait pas une demande d'autopsie ne crée aucune présomption d'acceptation du sinistre.

Dans le chef des bénéficiaires de l'assurance, l'autopsie peut constituer un élément de preuve potentiel dans le cadre de la charge de la preuve qui repose sur eux pour démontrer que leur demande d'indemnité est couverte par la police.

Aussi longtemps que cette preuve n'est pas apportée la compagnie ne doit pas faire une demande d'autopsie si elle le souhaite ainsi. La compagnie n'a donc pas le monopole en ce qui concerne les demandes d'autopsie.

Dans le chef de la compagnie l'autopsie est un moyen potentiel de contrôler les éléments justificatifs soumis par les bénéficiaires de l'assurance, au cas où elle aurait des doutes à cet égard. Cela signifie que dans le cas où la compagnie fait une demande d'autopsie, cela sous-entend a priori que les bénéficiaires de l'assurance ont préalablement introduit auprès de la compagnie des éléments qu'ils considèrent comme étant la preuve du fait que leur demande d'indemnité est couverte par la police.

Pour ce qui concerne plus particulièrement la mort par noyade, il est précisé qu'il ne suffit pas de prouver qu'il y a eu asphyxie dans une substance liquide. Il doit être établi que les faits ayant donné lieu à la noyade ne sont pas exclus par la police.

Article 10 - RESILIATION APRES SINISTRE

Sauf stipulation contraire dans les conditions particulières, la compagnie se réserve le droit de résilier le contrat après la survenance d'un sinistre. Le preneur d'assurance dispose dans ce cas du même droit.

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

La résiliation prend effet au plus tôt 3 mois après la date de la notification. Toutefois, elle peut prendre effet 1 mois après la date de sa notification 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 l'assureur.

PAYEMENT DES PRIMES

Article 11

La prime, majorée des taxes et contributions, est payable par anticipation aux échéances sur demande de la compagnie ou de toute autre personne désignée à cette fin dans les conditions particulières.

Article 12

La garantie de la police ne prend cours qu'après le paiement de la première prime. Pour ce qui concerne les primes suivantes, la compagnie peut en cas de défaut de paiement de la prime à l'échéance, suspendre la garantie du contrat ou résilier le contrat à condition que le preneur d'assurance ait été mis en demeure, soit par exploit d'huissier, soit par lettre recommandée à la poste.

La suspension de garantie ou la résiliation sortent leurs effets à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du lendemain de la signification ou du dépôt de la lettre recommandée à la poste.

Si la garantie a été suspendue, le paiement par le preneur d'assurance des primes échues, augmentées s'il y a lieu des intérêts, comme spécifié dans la dernière sommation ou décision judiciaire, met fin à cette suspension.

Lorsque la compagnie a suspendu son obligation de garantie, elle peut encore résilier le contrat si elle s'en est réservé la faculté dans la mise en demeure visée à l'alinéa 1er ; dans ce cas, la résiliation prend effet au plus tôt à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du premier jour de la suspension. Si la compagnie ne n'est pas réservé cette faculté, la résiliation intervient après nouvelle mise en demeure conformément aux alinéas 1er et 2.

La suspension de la garantie ne porte pas atteinte au droit de la compagnie de réclamer les primes venant ultérieurement à échéance à condition que le preneur d'assurance ait été mis en demeure conformément à l'alinéa 1er.

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

Aucun sinistre survenu pendant la période de suspension de la garantie n'est à charge de la compagnie.

DESCRIPTION ET MODIFICATION DU RISQUE / DECLARATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE.

Article 13

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 compagnie des éléments d'appréciation du risque.

S'il n'est point répondu à certaines questions écrites de la compagnie, par exemple les questions figurant dans la proposition d'assurance, et si la compagnie a néanmoins conclu le contrat, elle ne peut, hormis la cas de fraude, se prévaloir ultérieurement de cette omission. Il en va de même si la compagnie a conclu le contrat sans proposition d'assurance dûment complétée.

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

Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration ne sont pas intentionnelles, la compagnie propose, dans un 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 proposition de modification du contrat est refusée par le preneur d'assurance ou si, au terme du 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.

Néanmoins, si la compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque, elle peut résilier le contrat dans un délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

Article 14

En cours de contrat, le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer, dans les conditions de l'art. 13, 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.

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 souscription, la compagnie n'aurait consenti l'assurance qu'à d'autres conditions, elle 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 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 apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque aggravé, elle peut résilier le contrat dans le délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'aggravation.

Lorsqu'au cours de l'exécution du contrat, 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 souscription, la compagnie aurait consenti l'assurance à d'autres conditions, celle-ci accorde 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 fournie par le preneur d'assurance, celui-ci peut résilier le contrat.

Article 15 - MODIFICATIONS DES CONDITIONS D'ASSURANCE ET TARIFAIRES

Lorsque la compagnie modifie les conditions d'assurance et son tarif ou simplement son tarif, elle adapte le présent contrat à l'échéance annuelle suivante. Elle notifie cette adaptation au preneur d'assurance 90 jours au moins avant cette date d'échéance.

Toutefois, le preneur d'assurance peut résilier le contrat dans les 30 jours de la notification de l'adaptation. De ce fait, le contrat prend fin à l'échéance annuelle suivante.

La faculté de résiliation prévue au premier alinéa n'existe pas lorsque la modification du tarif ou des conditions d'assurances résulte d'une opération d'adaptation générale imposée par les autorités compétentes et qui, dans son application, est uniforme pour toutes les compagnies. Les dispositions du présent article ne portent pas atteinte à celle de l'art. 17.

DUREE - RENOUELEMENT - FIN DU CONTRAT**Article 16**

La durée du contrat est d'un an. A la fin de la période d'assurance, le contrat se renouvelle d'année en année, à moins qu'il n'ait été résilié de part ou d'autre trois mois au moins avant l'expiration de la période en cours.

Article 17

La compagnie peut résilier le contrat :

- Pour la fin de chaque période d'assurance, conformément à l'article 16.
- En cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelles dans la description du risque en cours du contrat, comme prévu à l'article 14.
- En cas d'omission ou d'inexactitude non intentionnelles dans la description du risque à la conclusion du contrat, comme prévu à l'article 13
- En cas de non-paiement de la prime, conformément à l'article 12.
- Sauf stipulation contraire comme prévu dans l'article 10 : après chaque déclaration de sinistre, mais au plus tard un mois après le paiement ou le refus de paiement de l'indemnité.

Article 18

Le preneur d'assurance peut résilier le contrat :

- Pour la fin de chaque période d'assurance, conformément à l'article 16.
- Sauf stipulation contraire comme prévu à l'article 10 : après chaque déclaration de sinistre, mais au plus tard un mois après la notification par la compagnie du paiement ou du refus de paiement de l'indemnité.
- En cas de modification des conditions d'assurance et du tarif, conformément à l'article 15.
- En cas de diminution du risque, dans les conditions prévues à l'article 14.
- Lorsque, entre la date de sa conclusion et celle de la prise d'effet, s'écoule un délai supérieur à un an.
Cette résiliation doit être notifiée au plus tard trois mois avant la prise d'effet du contrat.

Article 19

La résiliation se fait par exploit d'huissier de justice, par lettre recommandée ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé. Sauf dans les cas visés aux articles 10, 12, 15 et 16, 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.

Article 20- ABANDON DE RECOURS

La compagnie fait abandon de tout recours qu'elle pourrait exercer contre le responsable de l'accident, sauf pour ce qui concerne ses interventions en matière des garanties de police à caractère indemnitaire et ce conformément aux dispositions de l'article 41 de la loi du 25.06.1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

Article 21- COMMUNICATIONS ET NOTIFICATIONS.

Les communications et notifications destinées à la compagnie doivent être faites à l'un des sièges d'exploitation en Belgique ou à toute autre personne désignée à cette fin dans les conditions particulières. Les communications et notifications au preneur d'assurance sont valablement faites à la dernière adresse connue par la compagnie.

Article 22- RENVOI - SURCHARGE .

Aucun renvoi, surcharge ou dérogation, aucune modification des clauses imprimées ou manuscrites du présent contrat n'est opposable à la compagnie, sauf paraphe ou visa émanant de la direction de la compagnie.

Article 23- PLURALITE DE CONTRATS.

Pour ce qui concerne les garanties de police à caractère indemnitaire la charge du sinistre, en cas de pluralité d'assurances couvrant simultanément le même intérêt contre les mêmes risques, est répartie conformément aux dispositions et conventions dans le cadre de l'article 45 de la loi du 25.06.1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

CONDITIONS GENERALES

DEFINITIONS : pour l'interprétation du contrat on entend par :

- **la compagnie :** l'entreprise d'assurance, citée dans les conditions particulières, avec laquelle le contrat est conclu.
- **le preneur d'assurance :** la personne (civile ou morale) qui conclut le contrat avec la compagnie.
- **l'assuré :** toute personne dont la responsabilité est couverte par le contrat.
- **les personnes lésées :** les personnes qui ont subi un dommage donnant lieu à l'application du contrat et leurs ayants droit.

OBJET ET ETENDUE DE L'ASSURANCE

Article 1

La compagnie garantit les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile que l'assuré peut encourir, en vertu des dispositions des articles 1382 à 1384 du Code Civil, à raison d'accidents causés aux tiers et résultant d'une manière exclusive et directe du risque couvert par la présente assurance tel qu'il est défini aux conditions particulières.

Il est précisé que, par accident, on entend ici, tout dommage corporel et matériel, dommage immatériel non compris, atteignant des tiers, par le fait d'une cause extérieure soudaine et violente.

La garantie d'assurance porte sur les demandes en réparation formulées comme il est dit à l'art. 78 §2 de la loi du 25.06.1992.

- **Dommages corporels:** toute atteinte corporelle subie par une personne physique, y compris les dommages moraux.
- **Dégâts matériels :** tout effet de détérioration ou de destruction d'un bien matériel, y compris les dommages causés aux animaux.

Article 2

La garantie de la compagnie est limitée pour chaque accident aux sommes fixées aux conditions particulières. L'amende, étant une peine, est exclue de la garantie.

A concurrence de cette garantie, la compagnie paie l'indemnité due en principal.

Pour ce qui concerne les intérêts, les frais et les frais de sauvetage : voir article 24 ci-après.

Si la réparation civile consiste en une rente et qu'une acquisition de titre est ordonnée pour garantir son paiement, la compagnie s'oblige à consacrer le montant disponible de sa garantie à l'achat des titres qui seront immatriculés pour la nue propriété au nom de la compagnie et pour l'usufruit au nom des crédientiers.

A défaut de prescription d'achat de titres, la compagnie servira les arrérages de la rente jusqu'à épuisement de sa garantie.

Article 3

Sont exclus de l'assurance :

1. les dommages matériels, résultant directement ou indirectement de l'eau, du feu, de l'explosion et de la fumée.
2. tout dommage :
 - a) du à des événements ou à des engins de guerre, faits de grèves, émeutes, troubles civils
 - b) occasionné directement ou indirectement par une explosion atomique ou par des émanations radioactives dues à un phénomène de modification du noyau atomique
3. les dommages causés par tout véhicule automoteur
4. tout dommage causé par un des assurés :
 - a) aux biens immobiliers, aux matières premières, objets et animaux, dont le preneur d'assurance et/ou l'organisateur assuré sont locataires ou dépositaires ou qui leur sont confiés pour usage et/ou tout autre but.
 - b) intentionnellement ou du fait d'un acte volontaire.
 - c) en état d'ivresse, de dérangement mental, d'intoxication alcoolique ou sous l'influence de stupéfiants.
 - d) du fait de paris, défis, luttes, rixes ou actes notoirement périlleux et téméraires.
5. Les accidents entraînant une pollution ou un risque de pollution.
6. La responsabilité objective -incendie et explosions- sur base de la loi du 30.07.1979 et des A.R. des 25.02.1991 et 05.08.1991.

OBLIGATIONS EN CAS D'ACCIDENT

Article 4

Tout accident doit être déclaré immédiatement par écrit à la compagnie et au plus tard dans les huit jours de sa survenance. Cette obligation incombe à tous les assurés dont la responsabilité pourrait être engagée.

La déclaration d'accident doit indiquer dans la mesure du possible, les causes, les circonstances et les conséquences probables de l'accident; la date, l'heure et le lieu; le nom, les prénoms et le domicile des victimes et des témoins s'il en existent; le nom, les prénoms, l'âge, la profession et le domicile de l'auteur de l'accident.

Le preneur d'assurance et les autres assurés devront fournir à la compagnie ou à ses délégués tout autre renseignement utile se rattachant à l'accident. La déclaration se fait, pour autant que possible, sur le formulaire fourni dans ce but par la compagnie.

Article 5

A partir du moment où la garantie de la compagnie est due et pour autant qu'il y soit fait appel, celle-ci à l'obligation de prendre fait et cause pour l'assuré dans les limites de la garantie.

En ce qui concerne les intérêts civils, et dans la mesure où les intérêts de la compagnie et de l'assuré coïncident, la compagnie a le droit de combattre, à la place de l'assuré, la réclamation de la personne lésée. La compagnie peut indemniser cette dernière s'il y a lieu.

Ces interventions de la compagnie n'impliquent aucune reconnaissance de responsabilité dans le chef de l'assuré et ne peuvent lui causer préjudice. L'indemnisation définitive ou le refus d'indemniser est communiqué au preneur d'assurance dans les délais les plus brefs.

La compagnie qui a payé le dommage est subrogée dans les droits et actions qui peuvent appartenir à l'assuré.

Article 6

Toute reconnaissance de responsabilité, toute transaction, toute fixation de dommage, toute promesse d'indemnisation, tout paiement faits par l'assuré, sans autorisation écrite de la compagnie, lui sont inopposables. L'aveu de la matérialité d'un fait ou la prise en charge par l'assuré des premiers secours pécuniaires et des soins médicaux immédiats ne peuvent constituer une cause de refus de garantie par la compagnie.

Article 7 - TRANSMISSION DES PIECES

L'assuré transmet à la compagnie ou à toute autre personne désignée à cette fin dans les conditions particulières toutes citations, assignations et généralement tous les actes judiciaires ou extrajudiciaires dans les 48 heures de leur remise ou signification.

Article 8 - DEFAUT DE COMPARAITRE

Lorsque par négligence l'assuré ne comparait pas ou ne se soumet pas à une mesure d'instruction ordonnée par le tribunal, il doit réparer le préjudice subi par la compagnie.

Article 9 - DROITS DE LA PERSONNE LESEE

a) Droit propre de la personne lésée :

Cette assurance fait naître au profit de la personne lésée un droit propre contre la compagnie. L'indemnité due par la compagnie est acquise à la personne lésée, à l'exclusion des autres créanciers de l'assuré.

b) Opposabilité des exceptions, nullités et déchéances :

1. Dans les assurances obligatoires de la responsabilité civile, les exceptions, nullités et déchéances dérivant de la loi ou du contrat, et trouvant leur cause dans un fait antérieur ou postérieur au sinistre, sont inopposables à la personne lésée. Sont toutefois opposables à la personne lésée, l'annulation, la résiliation, l'expiration ou la suspension du contrat, intervenues avant la survenance du sinistre.

2. Pour les autres catégories d'assurances de la responsabilité civile, la compagnie ne peut opposer à la personne lésée que les exceptions, nullités et déchéances dérivant de la loi ou du contrat et trouvant leur cause dans un fait antérieur au sinistre.

Article 10 - DROIT DE RECOURS DE LA COMPAGNIE CONTRE LE PRENEUR D'ASSURANCE

La compagnie a un droit de recours contre le preneur d'assurance et s'il y a lieu contre l'assuré autre que le preneur dans la mesure où elle aurait pu refuser ou déduire ses prestations d'après la loi ou la police d'assurance. Sous peine de perdre son droit de recours, la compagnie a l'obligation de notifier au preneur ou s'il y a lieu à l'assuré autre que le preneur, son intention d'exercer un recours aussitôt qu'elle a connaissance des faits justifiant cette décision.

Article 11 - RESILIATION APRES SINISTRE

Sauf stipulation contraire dans les conditions particulières, la compagnie se réserve le droit de résilier le contrat après la survenance d'un sinistre, le preneur d'assurance dispose dans ce cas du même droit. Cette résiliation est notifiée au plus tard un mois après le paiement ou le refus de paiement de l'indemnité. La résiliation prend effet au plus tôt 3 mois après la date de la notification. Toutefois, elle peut prendre effet 1 mois après la date de sa notification 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 l'assureur.

PAYEMENT DES PRIMES

Article 12

La prime, majorée des taxes et contributions, est payable par anticipation aux échéances sur demande de la compagnie ou de toute autre personne désignée à cette fin dans les conditions particulières.

Article 13

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

La suspension de 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 la lettre recommandée à la poste.

Si la garantie a été suspendue, le paiement par le preneur d'assurance des primes échues, augmentées s'il y a lieu des intérêts, comme spécifié dans la dernière sommation ou décision judiciaire, met fin à cette suspension.

Lorsque la compagnie a suspendu son obligation de garantie, elle peut encore résilier le contrat si elle s'en est réservé la faculté dans la mise en demeure visée à l'alinéa 1er ; dans ce cas, la résiliation prend effet au plus tôt à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du premier jour de la suspension. Si la compagnie ne n'est pas réservé cette faculté, la résiliation intervient après nouvelle mise en demeure conformément aux alinéas 1er et 2.

La suspension de la garantie ne porte pas atteinte au droit de la compagnie de réclamer les primes venant ultérieurement à échéance à condition que le preneur d'assurance ait été mis en demeure conformément à l'alinéa 1er. Le droit de la compagnie est toutefois limité aux primes afférentes à deux années consécutives.

Aucun sinistre survenu pendant la période de suspension de la garantie n'est à charge de la compagnie.

DESCRIPTION ET MODIFICATION DU RISQUE / DECLARATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE.

Article 14

- 1) 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 compagnie des éléments d'appréciation du risque.

S'il n'est point répondu à certaines questions écrites de la compagnie, par exemple les questions figurant dans la proposition d'assurance, et si la compagnie a néanmoins conclu le contrat, elle ne peut, hormis la cas de fraude, se prévaloir ultérieurement de cette omission. Il en va de même si la compagnie a conclu le contrat sans proposition d'assurance dûment complétée.

- 2) Lorsque l'omission ou l'inexactitude intentionnelles induisent la compagnie en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat 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.
- 3) Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration ne sont pas intentionnelles, la compagnie propose, dans un 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 proposition de modification du contrat est refusée par le preneur d'assurance ou si, au terme du 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. Néanmoins, si la compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque, elle peut résilier le contrat dans un délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

Article 15

En cours de contrat, le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer, dans les conditions de l'art. 14-1°, 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.

- 1) 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 souscription, la compagnie n'aurait consenti l'assurance qu'à d'autres conditions, elle 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 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 apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque aggravé, elle peut résilier le contrat dans le délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'aggravation.
- 2) Lorsqu'au cours de l'exécution du contrat, 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 souscription, la compagnie aurait consenti l'assurance à d'autres conditions, celle-ci accorde 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 fournie par le preneur d'assurance, celui-ci peut résilier le contrat.

Article 16 - MODIFICATIONS DES CONDITIONS D'ASSURANCE ET TARIFAIRES

Lorsque la compagnie modifie les conditions d'assurance et son tarif ou simplement son tarif, elle adapte le présent contrat à l'échéance annuelle suivante. Elle notifie cette adaptation au preneur d'assurance 90 jours au moins avant cette date d'échéance.

Toutefois, le preneur d'assurance peut résilier le contrat dans les 30 jours de la notification de l'adaptation. De ce fait, le contrat prend fin à l'échéance annuelle suivante.

La faculté de résiliation prévue au premier alinéa n'existe pas lorsque la modification du tarif ou des conditions d'assurances résulte d'une opération d'adaptation générale imposée par les autorités compétentes et qui, dans son application, est uniforme pour toutes les compagnies. Les dispositions du présent article ne portent pas atteinte à celle de l'article 17.

DUREE - RENOUELEMENT - FIN DU CONTRAT**Article 17**

La durée du contrat est d'un an. A la fin de la période d'assurance, le contrat se renouvelle d'année en année, à moins qu'il n'ait été résilié de part ou d'autre trois mois au moins avant l'expiration de la période en cours.

Article 18

La compagnie peut résilier le contrat :

- 1) Pour la fin de chaque période d'assurance, conformément à l'article 17.
- 2) En cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelles dans la description du risque en cours du contrat.
- 3) En cas d'omission ou d'inexactitude non-intentionnelles dans la description du risque à la conclusion du contrat, dans les conditions prévues à l'article 14 et, en cas d'aggravation du risque, dans les conditions prévues à l'article 15.
- 4) En cas de non-paiement de la prime, conformément à l'article 13.
- 5) Sauf stipulation contraire comme prévu dans l'article 11 : après chaque déclaration de sinistre, mais au plus tard un mois après le paiement ou le refus de paiement de l'indemnité.

Article 19

Le preneur d'assurance peut résilier le contrat :

- 1) Pour la fin de chaque période d'assurance, conformément à l'article 17.
- 2) Sauf stipulation contraire comme prévu dans l'article 11 : après chaque déclaration de sinistre, mais au plus tard 1 mois après la notification par la compagnie du paiement ou du refus de paiement de l'indemnité.
- 3) En cas de modification des conditions d'assurance et du tarif, conformément à l'article 16.
- 4) En cas de diminution du risque, dans les conditions prévues à l'article 15.
- 5) Lorsque entre la date de sa conclusion et celle de la prise d'effet s'écoule un délai supérieur à un an.
Cette résiliation doit être notifiée au plus tard trois mois avant la prise d'effet du contrat.

Article 20

La résiliation se fait par exploit d'huissier de justice, par lettre recommandée ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé. Sauf dans les cas visés aux articles 11, 13, 16 et 17, 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.

Article 21 - COMMUNICATIONS ET NOTIFICATIONS.

Les communications et notifications destinées à la compagnie doivent être faites à l'un des sièges d'exploitation en Belgique ou à toute autre personne désignée à cette fin dans les conditions particulières.

Les communications et notifications au preneur d'assurance sont valablement faites à la dernière adresse connue par la compagnie.

Article 22 - RENVOI - SURCHARGE .

Aucun renvoi, surcharge ou dérogation, aucune modification des clauses imprimées ou manuscrites du présent contrat n'est opposable à la compagnie, sauf paraphe ou visa émanant de la direction de la compagnie.

Article 23 - PLURALITE DE CONTRATS.

Pour ce qui concerne les garanties de police à caractère indemnitaire la charge du sinistre, en cas de pluralité d'assurances couvrant simultanément le même intérêt contre les mêmes risques, est répartie conformément aux dispositions et conventions dans le cadre de l'article 45 de la loi du 25.06.1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

Article 24- INTERETS - FRAIS ET HONORAIRES - FRAIS DE SAUVETAGE

Dans le contexte des dispositions de la loi du 16.03.1994, le paiement des intérêts, frais et honoraires tels que prévus par l'article 82 de la loi du 25.06.1992 et dont il a été question ci-dessus, de même que les frais de sauvetage visés par l'article 52 de la loi du 25.06.1992, sont limités conformément aux dispositions de l'A.R. du 29.12.1994.