

S.A. A R E N A
RUE JOSEPH II 36-38
1000 BRUXELLES

Tel.: (02)512.03.04 - Fax: (02)512.70.94

N° d'inscription O.C.A. : 10.365

S.A. NATIONALE SUISSE ASSURANCES
entreprise agréée sous le code n° 0124.

CONDITIONS PARTICULIERES

POLICE "ACCIDENTS CORPORELS" N° : 1.103.311

ET "RESPONSABILITE CIVILE" N° : 1.103.312

CODE : 41.200

LE PRENEUR D'ASSURANCE : **LIGUE FRANCOPHONE BELGE DE SAUVETAGE a.s.b.l.**
(**L.F.B.S.** en abrégé)

Représenté par : LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Secrétariat général : Monsieur Denis ULWELING
Directeur
PLACE DES SPORTS 1
1348 LOUVAIN-LA-NEUVE

DATE DE PRISE D'EFFET : Police en vigueur : texte de contrat adapté s'appliquant à partir du 01.01.2004.

ECHEANCE : 01/01

LA COMPAGNIE : S.A. NATIONALE SUISSE ASSURANCES
PAR S.A. ARENA - *Agent-souscripteur*

DECLARATION DE PRINCIPE

1. La fédération s'est chargée de conclure une police d'assurance au nom de ses membres et de tous ceux qui s'affilieraient ultérieurement.
2. Pour la réalisation de la présente convention, le rôle de la fédération consiste à agir comme négociatrice au nom de ses clubs et membres affiliés, lesquels dans le contexte de la police en tant que partie, constituent tous les assurés, auxquels les dispositions et obligations contractuelles sont opposables (article 38 de la loi du 25.06.1992 C.A.T.).
Il appartient à la fédération, et ce en collaboration avec la compagnie, de prendre les dispositions requises afin de permettre aux assurés de prendre connaissance des conditions de la police (article 23 de la loi du 25.06.1992 C.A.T.).
Ainsi chaque club affilié sera mis en possession d'une copie des présentes polices.
3. Les conditions particulières suivantes remplacent toute clause des conditions générales qui leur serait contradictoire.

AVANT-PROPOS

1. La présente police a été conclue "pour compte de" entre la fédération en tant que preneur d'assurance d'une part et la compagnie en tant qu'assureur d'autre part, sur base de données et dispositions convenues entre eux en vue de l'établissement des conditions de police et de la fixation de la prime.
Le but est d'établir entre les contractants un contrat d'assurance par lequel les membres peuvent prétendre à des avantages que l'on ne retrouve généralement pas dans les couvertures d'assurance classiques que ces membres souscrivent en tant que particuliers, ce qui permet en outre d'éviter des primes faisant double emploi dans la présente police.
2. Les personnes assurées par la présente police acquièrent cette qualité par le simple fait qu'elles sont affiliées à la fédération à un moment où le contrat d'assurance conclu entre la fédération 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 de la fédération ou d'un club y affilié, un groupe de personnes dont, contrairement aux usages, elle ne dispose d'aucun renseignement individuel en termes d'acceptation de risque. A l'égard des assurés et clubs individuellement, la compagnie renonce en outre, vu le caractère collectif de la convention faisant l'objet des Divisions I, II et III, à son droit de résiliation après sinistre.
3. 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 (art. 23 de la loi du 25.06.1992 C.A.T.)
 - 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 (art. 22 de la loi du 25.06.1992 C.A.T.)
4. Les suites d'accidents déclarés sont indemnisées dans la mesure où il est démontré qu'il s'agit effectivement d'un accident qui s'est produit pendant et par le fait d'activités tombant sous l'application de la police et qui est couvert en tant que tel par la police et non exclu. En outre, il doit être établi dans quelle mesure les dommages constatés sont causalement imputables au fait accidentel. Ceci est important dans les cas de lésions qui sont la suite de causes concurrentes.
Pour ce qui concerne l'administration de la preuve à cet égard, la police prévoit quelques règles de communication. Elle part notamment du principe que la preuve et la possibilité de preuve contraire doivent avoir pour objet des faits observables et vérifiables d'une manière identique.
Toute fausse déclaration à propos d'un accident entraîne les sanctions prévues par la loi. Si, en outre, il devait se révéler qu'un dirigeant en est complice, la compagnie établira un dossier qu'elle transmettra à la fédération pour poursuite de l'enquête.
La même procédure est d'application s'il apparaît qu'un club a fourni des données inexactes en ce qui concerne la composition de l'effectif à assurer lorsque cet élément sert à l'établissement de la prime.
Suivant les résultats de cette enquête, les sanctions légales prévues seront alors appliquées.
Ainsi, la compagnie aura toujours le droit, aux moments qu'elle choisira, de soumettre des déclarations d'accident qu'elle a reçues à la vérification de la fédération.
5. Amateurs :
Les membres assurés ne sont pas exclus de l'intervention de la mutuelle en tant que sportifs.
6. Appréciation du risque :
L'un des éléments les plus importants à la base du contrat d'assurance est évidemment l'appréciation du risque pour laquelle les prescriptions de sécurité qui encadrent le risque par le biais de règlements, règles, prescriptions et dispositions légales, sont d'une importance fondamentale.
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 réglementées. 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/ou la fédération, laquelle à son tour doit dans sa gérance répondre aux règles, règlements, prescriptions et dispositions légales émanant de l'autorité compétente et/ou des organismes fédéraux internationaux dont elle fait partie.
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 nullement sous l'application de la police s'il n'est pas satisfait à ces conditions.
7. Loi du 25.06.1992 C.A.T.
La présente police est soumise à la loi du 25.06.1992 C.A.T.

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. C'est dans ce contexte qu'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 du traitement de données à caractère personnel, confère un droit d'accès aux personnes au sujet desquelles les données sont recueillies 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 (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 listes 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.

**CONDITIONS PARTICULIERES
ASSURANCES "ACCIDENTS CORPORELS"
LIMITES DES GARANTIES ACCORDEES**

- La présente police prévoit, dans les limites de et conformément aux dispositions des conditions générales et particulières de la police, l'indemnisation des lésions corporelles provoquées exclusivement par l'accident assuré. Cela signifie que les conséquences de toutes les autres causes concurrentes ayant pu contribuer au dommage sont exclues.

Il en résulte que les accidents déclarés seront indemnisés dans la mesure où les bénéficiaires de la police fournissent notamment la preuve :

- qu'il s'agit effectivement d'un accident répondant aux dispositions de la police en la matière
- que l'accident tombe sous l'application de la police, c.à.d. :
 - que l'accident s'est produit pendant et du fait d'activités tombant sous l'application de la police ;
 - que l'accident, ce qui a donné lieu à l'accident et les circonstances dans lesquelles l'accident s'est produit ne sont pas exclus de la police ;
- de la mesure dans laquelle les conséquences dommageables présentent un lien de causalité avec le fait accidentel, c.à.d. l'événement assuré qui a occasionné la lésion.

En ce qui concerne les causes concurrentes éventuelles susceptibles de contribuer au dommage, il est fait référence aux "conditions générales" article 4 in fine et article 8.

En ce qui concerne l'administration de cette preuve entre les parties contractantes, la police définit quelques dispositions en matière de déclaration, qui s'inscrivent dans le cadre de la description de garantie de la police.

Il est entendu que dans le susdit contexte les dispositions des articles 8, 9 et 101 de la loi du 25.06.1992 C.A.T. sont d'application.

- Quiconque peut prétendre à des prestations en vertu des dispositions en matière d'assurance-loi n'est pas couvert par la garantie "Accidents corporels" - Division I.

A. QUI EST ASSURE, OU ET QUAND ?

La division II "**Risques tombant sous l'application de la police**" définit de manière circonstanciée **qui est assuré, en quelle qualité et contre quels risques**.

- En ce qui concerne l'exercice des activités assurées, les garanties s'appliquent dans tous les lieux, en Belgique ou à l'étranger, où les sportifs assurés participent aux activités sportives, pour autant que ces endroits soient généralement reconnus comme appropriés dans le contexte de ces activités assurées. Les accidents survenus en des lieux où s'applique une interdiction d'accès ou de pratique, sont exclus.

B. COMMENT EST-ON ASSURE ?

Ci-après un relevé des garanties assurées faisant partie de la couverture de base :

A. EN CAS DE DECES : un capital de **€ 7.500-**

Pour autant qu'ils sont assurés par la présente police : Les enfants qui au moment de l'accident n'ont pas atteint l'âge de **5 ans** : remboursement sur présentation des pièces justificatives originales des frais d'enterrement réellement exposés jusqu'à concurrence de maximum **€ 7.500-**.

B. EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE : réductible en cas d'invalidité permanente partielle, conformément au tableau repris à l'article 5 §2 des conditions générales, un capital de : **€ 15.000-**.

L'article 5 §2 des conditions générales est complété comme suit :

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 **0%** ne donne pas lieu à une intervention de la compagnie.

C. 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 située dans le cadre du tarif officiel de l'INAMI. La garantie est conçue comme un supplément aux barèmes des interventions de la mutuelle, prévus dans les secteurs de l'assurance libre et/ou obligatoire de l'INAMI.

Sur base de cette donnée, la garantie accordée par la compagnie en matière de frais de traitement se limitera dès lors :

- 1) Uniquement à l'intervention dans les prestations reconnues par l'INAMI, pour lesquelles en outre la mutuelle prévoit une intervention dans les secteurs de l'assurance INAMI obligatoire et/ou libre, y accordant la garantie pour les dits gros et petits risques.
- 2) Et à concurrence d'un montant maximum représentant la différence entre le tarif officiel de l'INAMI des prestations dont question d'une part et le barème des interventions de la mutuelle en la matière, appliqué dans les secteurs d'assurance INAMI obligatoire et/ou libre d'autre part. 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 INAMI.

La garantie ne s'applique pas aux différences dont le remboursement est en contradiction avec des dispositions légales.

■ **Explications relatives à ce qui précède :**

1. La compagnie n'intervient pas dans toute prestation médicale ou para-médicale non-reconnue par l'INAMI.
2. La compagnie n'accorde pas son intervention pour une prestation médicale reconnue par l'INAMI et pour laquelle les assurés INAMI libres et/ou obligatoires en règle n'ont pas droit aux prestations de la mutuelle en vertu d'un règlement introduit à leur égard dans la loi sur l'INAMI. Les frais pour les prothèses dentaires sont toutefois couverts à concurrence de maximum **€ 75-** par dent, avec un maximum de **€ 375-** par accident présentant des lésions concurrentes. Pour ceux qui bénéficient de l'intervention de la mutuelle dans ces frais la garantie est ainsi limitée à la différence entre les montants assurés et cette intervention de la mutuelle.
3. Les produits pharmaceutiques, bandages, pansements et braces doivent, pour pouvoir faire l'objet d'une intervention, non seulement être reconnus par l'INAMI et faire l'objet de prestations de la mutuelle, mais ils doivent en outre avoir été prescrits par un médecin dans le cadre de l'accident assuré.
4. Pour les jours d'hospitalisation, seul le prix officiel de séjour en salle commune sera considéré comme tarif officiel INAMI.
5. On entend également par assurés INAMI obligatoires et/ou libres, les personnes à charge de ces derniers.

• **Remarque :** La susdite couverture peut être étendue par des options d'assurance complémentaires comme proposé dans la **Division IV** de la présente police.

■ Frais de transport de la victime

Tenant compte notamment des dispositions de l'article 20 de la loi du 25.06.1992 C.A.T., cette garantie est accordée aux conditions suivantes :

- Si le médecin consulté ou une autre personne qualifiée a jugé nécessaire le transfert vers un hôpital depuis l'endroit où un accident couvert par la police a eu lieu en vue d'une hospitalisation ou d'un examen radiographique urgent, les frais de transport en décollant sont pris en charge par la compagnie à concurrence du prix coûtant d'un tel transport en ambulance entre le lieu de l'accident et l'hôpital le plus proche.
- Peuvent être compris dans lesdits frais, ceux que le blessé devrait exposer pour ses déplacements par un moyen de transport public en 2^{ème} classe ou une classe du transport public y assimilée entre son domicile et le lieu où il doit se soumettre à un examen de contrôle spécial imposé par la compagnie ou autorisé préalablement par celle-ci par écrit tant en ce qui concerne l'examen qu'en ce qui concerne le déplacement s'y rapportant.
Outre le fait que hormis la situation définie dans le point précédent, tous les déplacements pour raisons médicales doivent se faire en 2^{ème} classe ou une classe du transport public y assimilée, l'élément de la plus grande proximité doit toujours être observé, à moins que la compagnie n'ait donné préalablement son autorisation écrite de déroger à ces dispositions dans un cas précis.
- S'il n'y a pas d'intervention effective de la part de la mutuelle dans ces frais, la garantie sera acquise sans l'intervention sous-jacente de la mutuelle dans les limites du montant assuré.

■ Lunettes et verres de contact

Pour les lunettes et verres de contact, aucune intervention n'est prévue.

■ Cas particuliers

1. Personnes n'ayant pas droit aux prestations de la mutuelle :

- a) A ceux qui ne sont pas en règle en tant qu'assurés INAMI-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 INAMI obligatoire et/ou libre.
- b) Si un blessé peut prouver qu'au moment de l'accident il était parfaitement en règle en tant qu'assuré INAMI 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 INAMI à l'égard des assurés obligatoires et libres 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. Au cas où l'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, pas même en cas de non-intervention de la mutuelle pour des accidents survenus à l'étranger. D'autre part, il est entendu que l'intervention de la compagnie ne dépassera en aucun cas le montant maximum assuré.

2. 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 ces deux montants. L'application du présent article s'étend également aux belges affiliés à une mutuelle à l'étranger.

■ Demandes d'autorisation

Les autorisations préalables de traitements spéciaux, massages, hospitalisation, interventions chirurgicales et autres 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.

■ Règlements partiels

La compagnie accorde des règlements de frais partiels pour autant qu'il soit 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.

■ Clause de reconstitution de garantie

Si, en vertu de lois, arrêtés ou adaptations au sein de l'INAMI, les interventions de la mutualité 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.

■ Franchises contractuelles

- *NEANT*

D. INDEMNITE JOURNALIERE

A concurrence de la somme journalière forfaitaire assurée, la compagnie garantit une intervention journalière payable par jour ouvrable, dans les limites des conditions de la police, au plus tard jusqu'au 365^{ème} 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.

1. Salariés pouvant prouver une perte de salaire :

A partir du 1^{er} jour ouvrable suivant l'expiration du délai de carence contractuel, prenant effet le premier jour ouvrable suivant l'accident ou à partir du 1^{er} jour ouvrable suivant la date d'expiration de la période de revenu garanti à titre légal ou statutaire du chef du contrat de travail de la victime si cette période dépasse le délai de carence contractuel prévu par la police ou si la police ne prévoit pas de délai de carence.

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 sous forme de prestations primaires et/ou de prestations d'invalidité d'une part et les prestations de la mutuelle auxquelles les assurés INAMI obligatoires et/ou libres en règle ont droit d'autre part, à l'exclusion de toutes autres pertes de revenus.

2. Indépendants et professions libérales pouvant prouver un manque à gagner :

A partir du 1^{er} jour ouvrable suivant l'expiration du délai de carence contractuel, prenant effet le premier jour ouvrable suivant l'accident ou à partir du 1^{er} jour ouvrable suivant l'accident si la police ne prévoit pas de délai de carence.

Pour la période suivante, à savoir la période couverte, ils doivent prouver qu'ils étaient dans l'impossibilité d'exercer leur profession et qu'ils ne pouvaient bénéficier d'aucune forme de revenus. L'intervention de la compagnie ne dépassera pas, par jour, la somme journalière assurée et pour toute la durée elle ne sera jamais supérieure à la différence entre la perte de revenu à établir par eux d'une part et les prestations de la mutuelle à partir du 31^e jour d'autre part.

L'indemnité journalière assurée est diminuée en fonction du degré d'incapacité de travail constaté par le médecin, étant entendu que des incapacités inférieures à 50% ne donnent pas lieu à une intervention.

- Délai de carence contractuel : -30- jours.
- Somme journalière assurée dans la couverture de base : € 5,60- par jour ouvrable

+ 65 ans

■ Pour les membres qui ont atteint l'âge de **65 ans** accomplis, les garanties assurées sont limitées comme suit :

- | | |
|---------------|---------------|
| A) Inchangé | C) Inchangé |
| B) Non assuré | D) Non assuré |

● **Remarque :** La couverture susdite peut être étendue par des options d'assurances complémentaires comme proposé dans la **Division IV** de la présente police.

C. DISPOSITIONS GENERALES

a) Notions d'accident / Extensions / Limitations / Exclusions complémentaires aux exclusions prévues par ailleurs 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, ce qui a pour 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 préjudiciables 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, des assurances, des exclusions, des extensions et des limitations, 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 réglementaires ou légales exigées.
2. Les lésions de surmenage dont les symptômes se manifestent lors d'une activité assurée sont exclues. Elles ne sont pas la suite d'un mécanisme d'accident puisqu'il s'agit de lésions endogènes se développant selon une genèse progressive.
Causalité concurrente
Lorsque, dans les suites d'un accident, des causes autres que le fait accidentel même interviennent, comme un état préexistant ou une aggravation occasionnée ultérieurement en dehors du fait accidentel, les dispositions respectives de l'article 4 (dernier §) et de l'article 8 des Conditions générales sont d'application. La simple transformation en symptôme d'un état préexistant à l'occasion d'une activité assurée ne tombe pas sous l'application de la police.
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 la pratique du sport par son médecin traitant.
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 en a été déclaré guéri, ne donnera pas lieu à l'ouverture d'un nouveau dossier.
L'octroi d'indemnités pour les suites de la rechute, tiendra dès lors toujours compte des périodes et indemnités ayant fait l'objet de l'accident initial. Le présent article ne s'oppose cependant pas aux dispositions de l'article 4 (dernier §) et de l'article 8 des conditions générales si la compagnie peut et souhaite 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. Quoi qu'il en soit, la causalité entre les lésions récidivantes et l'événement ayant causé les lésions antérieures doit être établie, de même que la mesure dans laquelle le dommage se manifestant lors de la récidive est imputable à cet événement.
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, en cas de demande de la compagnie, 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.
7. L'assuré doit prendre toute mesure raisonnable pour prévenir et limiter les suites d'un accident. Lors du calcul des indemnités à allouer, la compagnie tiendra compte de cette disposition, qui s'appliquera aussi bien aux garanties de police indemnitaires (comme prévu à l'article 20 de la loi du 25.06.1992 C.A.T.) qu'aux garanties de police à caractère forfaitaire.
8. L'article 4 litt. g) des Conditions Générales est complété comme suit :
L'exclusion de cet article concernant les personnes affligées d'une infirmité importante ne s'applique pas dans les cas suivants :
 - Pour des handicapés auditifs, visuels et moteurs :
 - a) lors de la pratique des activités sportives assurées spécialement organisées pour eux et encadrées par des moniteurs spécifiquement qualifiés à cet effet.
 - b) lors de la pratique des activités sportives assurées conjointement avec des non-handicapés dans les cas où le handicap permet un risque de pratique normal, c.-à-d. une pratique pareille à celle des non-handicapés.
 Cette clause ne déroge pas aux dispositions de l'article 4 (dernier §) ni de l'article 8 des conditions générales.

b) Quelques définitions contractuelles

1. Pavement des indemnités

a) L'article 8 des conditions générales est complété comme suit :

Le cumul n'est pas d'application lorsque, en ce qui concerne un accident couvert sous la Division I, une action en responsabilité est également intentée contre un assuré de la Division III. Dans ce cas, la compagnie se limitera au paiement des indemnités allouées par les tribunaux, sous déduction des paiements déjà effectués par la compagnie, si le jugement est prononcé contre elle. Dans le cas où la décision des tribunaux serait favorable à la compagnie, cette dernière payera l'indemnité due en application de la présente police, sous déduction des frais de procédure déjà payés.

b) Sauf stipulation contraire, 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.

c) Il y a une obligation de remboursement des indemnités dont il apparaîtrait ultérieurement que selon les conditions de la police elles ont été allouées à tort.

2. Subrogation

Pour ce qui concerne les blessures causées par un acte volontaire lors de bagarres se produisant à l'occasion d'une activité assurée, la compagnie sera entièrement subrogée, jusqu'à concurrence de ses prestations, aussi bien en ce qui concerne les garanties de police à caractère indemnitaire que celles à caractère forfaitaire, aux droits de l'assuré à l'égard des éventuels responsables.

3. Risques de circulation (pour autant que couverts par la police)

La couverture de la police n'est pas d'application dans les cas où un assuré est victime d'un accident de la circulation et peut prétendre de ce chef en tant qu'usager faible aux indemnités lui revenant légalement en vertu de l'article 29/bis de la loi du 22.11.1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité civile en matière de véhicules automoteurs. Le présent article s'inscrit dans l'optique d'une maîtrise des primes relatives aux polices de groupe.

4. Concours d'assurances

a) Concours d'assurances à caractère différent

"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 maîtrise des primes relativement aux polices de groupe.

b) 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. Pour ce dernier cas au moins, le droit de subrogation en vertu de l'article 1251 alinéa 3 du C.C. est d'application à l'égard de ces organismes assureurs.

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.

5. Déclaration et suivi des accidents / Administration de la preuve : Dispositions

a) Informations à communiquer :

1. Le délai pour déclarer un accident à la compagnie est renseigné à l'article 9 des conditions générales.
2. 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 :
 - 1) Pouvoir exercer au moment le plus approprié à cette fin, un contrôle efficace avec e.a. la possibilité de procéder immédiatement à un examen des causes de l'aggravation des suites de l'accident et des circonstances dans lesquelles l'aggravation s'est produite, ainsi que la possibilité de faire des recommandations. Le tout au moment où ces aggravations surviennent.
 - 2) 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, pouvoir s'assurer une gestion de police claire et justifiable à tous égards.

Les dispositions susmentionnées visant à permettre à la compagnie de pouvoir toujours agir en connaissance de cause s'inscrivent dans le cadre de l'administration de la preuve qui repose sur le bénéficiaire de la police et s'appliquent bien entendu également à la déclaration d'accident même.

3. Dans ce contexte, toute prolongation de la période d'incapacité de travail et de la durée du traitement ainsi communiquée à la compagnie par le médecin traitant doit faire l'objet d'un nouveau certificat médical explicatif à transmettre à la compagnie **spontanément 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.

4. Au moment de la guérison, un certificat médical de guérison doit être fourni à la compagnie à titre de preuve. Ce certificat doit renseigner la période d'incapacité de travail, la date de guérison et la date à laquelle la pratique de l'activité sportive assurée peut être reprise. Ce certificat doit e.a. servir, lors d'accidents ultérieurs, de preuve du fait qu'on était autorisé à reprendre la pratique du sport. Aussi cette preuve doit-elle, pour pouvoir être acceptée en tant que telle, être fournie à la compagnie avant la reprise de la pratique du sport.
 5. Pour ce qui concerne la déclaration et l'administration de la preuve relatives à des accidents mortels, il est également fait référence à l'article 9 des Conditions Générales.
- b) Dans tous les cas où un accident est déclaré à la compagnie, celle-ci renvoie dès réception de la déclaration un accusé de réception et un message destiné au blessé, accompagné d'un document de règlement, mentionnant tous les éléments dont il ya lieu de tenir compte pour qu'un accident puisse être réglé. Pour ce qui concerne les attestations médicales dont question au a) 2 et 3 ci-dessus, la compagnie renvoie dès réception un simple accusé de réception. La personne chargée par le club de la gestion des dossiers de sinistres s'engage à réclamer à la compagnie les accusés de réception susmentionnés au cas où elle ne les aurait pas reçus dans la semaine qui suit l'expédition de la déclaration d'accident / des attestations.**
- Par déclaration, envoi ou expédition de tous les documents visés au a) ci-dessus, on entend toujours le fait de les faire parvenir à la compagnie.
- c) Le club ou la fédération s'engage à respecter les dispositions susmentionnées et au cas où elle chargerait l'assuré de la gestion, d'informer ce dernier des engagements contractuels à respecter. L'ignorance à ce sujet de qui que ce soit ne pourra jamais être invoquée valablement.
 - d) 1) Afin de permettre à la compagnie d'appliquer en cas d'accident les stipulations et conventions dans le contexte des assurances concurrentes, l'existence de toute police assurant également l'accident déclaré doit lui être communiquée, quel que soit le souscripteur de ces polices.
2) De plus, l'identité des responsables éventuels doit être communiquée à la compagnie afin de lui permettre d'exercer son droit de subrogation.

6. 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 n'en juge autrement.

ASSURANCE "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, défis 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 surdité, la paralysie ou a des personnes souffrant de troubles mentaux, dépression nerveuse ou delirium tremens, à moins qu'il n'y ait pas de rapport entre l'accident et les situations susmentionnées.
- h) les conséquences et les accidents résultant de : une faiblesse, un affaiblissement, un collapsus, une congestion, une attaque d'apoplexie ou d'épilepsie ou d'autres affections de cette espèce.
- i) Les conséquences directes ou indirectes :
 - 1) des effets thermiques, mécaniques, radio-actifs et autres provenant d'une modification quelconque de la structure atomique de la matière ;
 - 2) de l'accélération artificielle de particules atomiques ;
 - 3) de radiations provenant des radioisotopes.

Au cas où un état préexistant avant l'accident aurait influencé l'accident, c.à.d. provoqué ou aggravé l'accident et/ou ses suites ou y aurait contribué directement ou indirectement, l'indemnité se calculera sur base des suites dommageables que l'accident aurait eues dans des circonstances identiques chez une personne se trouvant dans un état psycho-physique normal.

GARANTIES

Article 5

Les indemnités en cas d'accident corporel sont attribuées aux conditions ci-après fixées :

1. En cas de décès :

Si l'assuré décède à la suite d'un accident couvert par la police, dans les 12 mois à dater du jour de l'accident, la compagnie paie le capital assuré au bénéficiaire désigné aux conditions particulières, ou, à défaut, au conjoint cohabitant, à défaut aux héritiers légaux jusqu'au quatrième degré inclus. A défaut, la compagnie rembourse uniquement les frais de funérailles justifiés, jusqu'à un maximum égal au capital assuré.

Le paiement est effectué dans les 15 jours après que la compagnie a été mise en possession des documents qui prouvent que l'assuré est décédé à la suite d'un accident couvert, ainsi que la qualité des bénéficiaires.

2. En cas d'invalidité permanente :

En cas d'invalidité permanente résultant d'un accident couvert par la police la compagnie paie à l'assuré la partie du capital assuré proportionnelle au degré de l'invalidité permanente établie à la consolidation, soit d'un commun accord, soit par expertise médicale, mais au plus tard trois ans après le jour de l'accident, conformément au barème ci-dessous. Il n'est pas tenu compte de la profession de l'assuré, ni du dommage esthétique (invalidité physiologique).

L'invalidité permanente se divise en :

- a) **Invalidité permanente totale** : qui donne droit à la somme entière stipulée pour ce cas et qui consiste, soit dans la démenche incurable, soit dans la perte totale (l'impotence fonctionnelle absolue d'un membre ou d'un organe est assimilée à sa perte totale elle-même) 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 mouvant 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%
- Surdit�e compl�ete des deux oreilles		40%
- Surdit�e compl�ete 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 invalidités non énumérées ci-dessus, même d'importance moindre, sont indemnisées en proportion de leur gravité comparée à celle des cas énumérés et sans tenir compte de la profession de l'assuré. Pour un gaucher, les taux fixés pour le membre supérieur droit s'appliquent au membre supérieur gauche et inversement.

3. En cas d'incapacité temporaire :

Lorsque l'accident entraîne une incapacité temporaire, la compagnie paye à l'assuré l'indemnité journalière convenue, et ceci à partir de la date de début du traitement médical ou à partir du jour suivant l'expiration du délai de carence prévu dans les conditions particulières.

L'indemnité est accordée jusqu'à la consolidation, mais au maximum pendant 300 jours à compter de la date de l'accident, ou pendant la durée convenue en conditions particulières.

Cette indemnité sera réduite proportionnellement à la capacité de travail aussitôt que l'assuré pourra vaquer partiellement à ses occupations ; elle sera supprimée dès que l'incapacité de travail n'atteint plus 25%.

4. Frais de traitement :

La compagnie garantit le remboursement des frais de traitement qui sont normalement et conformément à l'usage général nécessaires au recouvrement de la santé suite à un accident tombant sous l'application du présent contrat. La garantie est accordée jusqu'à la consolidation des lésions sans pouvoir excéder toutefois la période de garantie prévue dans les conditions particulières et ce à concurrence de la somme précisée aux conditions particulières, dans les limites et suivant les dispositions prévues dans ces conditions particulières. Ces remboursements ne sont accordés que sur présentation de pièces justificatives originales.

Article 6

En cas de différend relatif à une question d'ordre médical, il peut être recouru, d'un commun accord, à une expertise. L'expertise est accomplie par des experts désignés l'un par l'assuré ou le bénéficiaire de la garantie, l'autre par la compagnie. Si nécessaire, les experts s'adjoindront un troisième expert.

Conjointement, ils forment un coll ge qui tranche à la majorité des voix. Au cas où l'une des parties omettrait de désigner son expert, celui-ci sera désigné par le Président du tribunal compétent, à la demande de la partie la plus diligente. Il en est de même si les deux experts ne tombent pas d'accord sur le choix du troisième expert ou si l'un d'eux ne s'acquitte pas de sa mission. Chaque partie prend en charge les honoraires et frais de l'expert

qu'elle a désigné ; ceux concernant le troisième expert et les spécialistes éventuellement consultés à la demande des experts sont supportés pour moitié par chaque partie.

Article 7

Un même accident ne peut donner lieu au paiement d'une indemnité pour le cas de décès et d'une indemnité pour incapacité permanente. Le paiement de l'indemnité en cas d'incapacité temporaire (indemnité journalière) a lieu sans préjudice de celle due pour le cas de mort ou d'invalidité permanente.

L'indemnité totale due pour plusieurs invalidités provenant du même accident s'obtient par addition, sans pouvoir dépasser la somme intégrale assurée pour invalidité permanente totale.

Toutefois, si après le paiement d'une indemnité pour invalidité permanente, le décès de l'assuré survient dans le délai d'un an à compter du jour de l'accident, la compagnie aura à payer le capital convenue pour le cas de décès sous déduction de la somme déjà payée pour invalidité permanente à condition que le décès soit incontestablement la conséquence exclusive de l'accident.

Le bénéficiaire du capital assuré en cas de décès ne pourra contester la réduction que subit, de ce fait, le capital assuré.

Dans tous les autres cas, le paiement de l'indemnité lib re définitivement la compagnie.

Article 8

La garantie ne porte que sur les conséquences de l'accident lui-même et pour autant qu'aucune maladie ou invalidité 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 à une indemnité, et la lésion de membres ou organes déjà infirmes n'est indemnisée que par différence entre l'état avant et après l'accident.

Les lésions des membres ou organes sains, atteints par l'accident, doivent être évaluées sans tenir compte d'un état antérieur d'invalidité pouvant affecter d'autres membres ou organes.

La compagnie ne doit aucune indemnité en cas de décès par maladie, alors même que celle-ci aurait été aggravée par un accident, qu'il soit survenu avant, conjointement ou après l'état de maladie.

En outre, chaque fois que les suites dommageables d'un accident seront aggravées par des causes ou des circonstances autres que le fait de l'accident même, l'indemnité sera calculée d'après les suites qu'aurait eues l'accident chez une personne se trouvant dans un état psycho-physique normal et qui ne subit pas les effets de ces causes et circonstances.

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

Article 9 - OBLIGATIONS EN CAS D'ACCIDENT

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.

La déclaration 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 prénoms et le domicile de la victime et des témoins.

Elle doit être accompagnée d'un certificat médical mentionnant la nature des lésions encourues, les conséquences probables de l'accident et la durée probable du traitement et de l'incapacité de travail qui résulteront de l'accident.

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

Immédiatement après l'accident, le blessé est tenu de consulter un docteur en médecine si son état le réclame. Les bénéficiaires de l'assurance doivent établir que et dans quelle mesure le dommage pour lequel ils demandent une indemnité est causalement imputable à un accident couvert par la police.

Ils doivent fournir à la compagnie ou à ses délégués tous renseignements et pièces justificatives touchant l'accident qui leur seraient réclamés.

Les médecins et les délégués de la compagnie ne pourront être admis auprès 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 s'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.

RISQUES TOMBANT SOUS L'APPLICATION DE LA POLICE

La police prévoit la garantie des activités sportives principales, c.-à-d. l'activité sportive gérée et réglementée par la fédération et organisée par les clubs pour les membres, comme décrit ci-après dans la police.

La police prévoit en outre une garantie facultative pour :

- les autres activités sportives susceptibles d'être organisées par la fédération ou les clubs pour les membres (désignées ci-après comme activités sportives accessoires)
- les activités non sportives susceptibles d'être organisées par la fédération ou les clubs à l'intention des membres et du public

Ci-dessous est défini : **I. Quels sont précisément les risques assurés.**
II. Qui est assuré en ce qui concerne ces risques et en quelle qualité.
III. Description de la garantie dans le contexte commun de s points I et II.

I. QUELS SONT CES RISQUES ?

Activités sportives

A. L'activité sportive principale assurée

B. Les activités sportives accessoires pouvant être assurées sur demande

COMPRIS dans A. et B.

1) Dans les deux cas, les risques pouvant être considérés contractuellement comme faisant partie de ces activités sportives, à savoir :

- a) Autres activités
A des occasions spéciales, les activités sportives assurées organisées par la fédération ou les clubs pour les membres affiliés à la fédération peuvent être encadrées ou se clôturer par un repas destiné à ces membres ou par des jeux populaires ludiques inoffensifs organisés à l'intention de ces membres. Ces autres activités sont présumées former un ensemble avec l'activité sportive assurée qu'elles encadrent.
- b) En ce qui concerne la pratique des activités sportives, les accidents survenus dans les **vestiaires, les douches et autres installations similaires**, lesquels sont toujours considérés comme faisant partie intégrante des **infrastructures** sportives, quelle que soit leur situation, sont compris dans la garantie. Cela s'applique également aux accidents survenus sur le chemin aller/retour séparant les vestiaires du lieu où sont pratiquées les activités sportives.

2) Les **assemblées officielles des membres** organisées par la fédération ou les clubs pour les membres affiliés à la fédération.

Activités non sportives

C. Les activités non sportives pouvant être assurées sur demande.

COMPRIS dans A., B. et C.

Risques de déplacement applicables à toutes les activités précitées.

■ Chemin vers les activités aller/retour

Lorsqu'un assuré, en accord avec la fédération ou le club, participe à une activité assurée, il devra effectuer un déplacement de son domicile au lieu de rendez-vous et en sens inverse. Les accidents survenus pendant et par le fait de ces déplacements sont couverts si les éléments suivants sont réunis :

- 1) Il faut emprunter le chemin le plus court.
- 2) Pendant le temps normal requis pour parcourir la distance de ce chemin le plus court, immédiatement après avoir quitté le domicile à l'aller et après la fin de l'activité sportive ou de la réunion au retour.
- 3) Sans emprunter de moyen de transport ou en empruntant n'importe quel moyen de transport, public ou privé.
- 4) Pour autant qu'il s'agisse de déplacements à l'intérieur du pays vers des activités assurées collectives organisées par la fédération ou par les clubs, à des endroits habituellement utilisés à cette fin, aller/retour.

Les accidents ne répondant pas à ces normes, ne sont plus considérés comme inhérents au risque assuré et relèvent des risques de la vie privée des assurés.

■ Extension spéciale voyages

Les garanties s'étendent également pour les assurés aux accidents survenus au cours de voyages collectifs et d'excursions à l'intérieur du pays ou à l'étranger, organisés par la fédération ou par les clubs dans le cadre des activités sportives assurées. La garantie ne s'appliquera cependant qu'aux accidents survenus par le fait du voyage, du simple séjour ou de la pratique sur place des activités sportives assurées par la présente police et ce pour autant que les assurés se trouvent sous la surveillance des clubs ou de la fédération, compte tenu en outre des dispositions applicables en matière de déplacement, telles qu'elles sont définies ci-dessus. Les camps sportifs tombent notamment sous l'application de cette extension, qui couvre alors le séjour et la pratique de l'activité sportive principale. Pour ce qui concerne la couverture, à l'occasion de ces risques, d'activités sportives accessoires et d'activités non sportives, il est fait référence aux articles y ayant trait repris plus loin dans la police.

(*) Remarque :

Assurances voyage et assistance voyage

Il va de soi que pour les destinations étrangères, ces garanties seront dans de nombreux cas insuffisantes et inadéquates.

Il est vrai que les garanties prévues ne sont pas conçues pour la participation à des voyages à l'étranger.

Il est fait référence à la Division V, qui comprend un article (B) traitant d'assurances spéciales voyage et assistance voyage.

II. QUI EST ASSURE CONTRE CES RISQUES ET EN QUELLE QUALITE ?

1) Les membres-sportifs affiliés à la fédération et titulaires d'une carte d'affiliation fédérale en bonne et due forme

Ces membres-sportifs sont couverts à l'occasion des activités sportives assurées en leur qualité de sportifs.

A l'occasion de réunions, ils ont la qualité de participant, tandis que lors de risques de déplacement (si ceux-ci sont assurés), ils ont la qualité d'usager de la route/participant à un voyage.

Lorsque, à l'égard d'une activité assurée à laquelle ils participent, ils ont la qualité assurée y applicable, ils sont assurés sous les garanties de la **Division I** (éventuellement élargie à la **Division IV**) et sous les garanties couvertes par la **Division III**, spécifiquement applicables à cette qualité.

• **Pour ces membres-sportifs, la garantie est acquise dans les limites des conditions générales et particulières de la police :**

- a) Activité sportive principale : en tant que membre de la fédération, titulaire d'une carte d'affiliation en bonne et due forme, pour lequel la prime annuelle est acquittée.
- b) Activités sportives accessoires et activités non sportives avec public : en tant que membre de la fédération titulaire d'une carte d'affiliation en bonne et due forme, dont le nom figure sur la liste des participants qui fait partie des formulaires d'assurance à transmettre au préalable à la compagnie en rapport avec ces activités, et pour qui la prime unique est acquittée (cf. ci-après : III. B et C)

2) Les membres non-sportifs affiliés à la fédération et titulaires d'une carte d'affiliation en bonne et due forme

Ces membres non-sportifs sont alors assurés pendant les activités assurées en plus des membres-sportifs, à la différence près que pendant les activités sportives assurées, ils sont assurés en une qualité autre que celle de sportif. Ces membres non-sportifs sont alors assurés pendant et du fait de l'exercice de la fonction inhérente à cette autre qualité à l'occasion d'une activité assurée.

Les qualités en lesquelles les membres non-sportifs sont assurés au cours des activités assurées sont les suivantes :

a) Pour ce qui concerne l'activité sportive principale :

L'exercice d'une fonction officielle pour le compte de la fédération ou du club en qualité de :

1. Arbitres, officiels, membres du jury, bref toutes les personnes affiliées à la fédération, aux termes de son règlement, et déléguées ou convoquées par elle pour accomplir des missions officielles réglementairement reconnues, qui ne peuvent bien sûr pas dépasser le cadre de leur fonction.
La garantie s'étend aussi aux membres des clubs, délégués par ces derniers en vue de l'exercice d'une fonction officielle réglementairement reconnue dans le cadre des manifestations sportives assurées, comme p. e. les délégués, commissaires et toutes personnes assumant une pareille fonction officielle réglementairement reconnue.
2. Les personnes faisant partie des cadres de formation de la fédération, déléguées par cette dernière à l'accomplissement de missions de formation officielles, ainsi que les personnes faisant partie du cadre de formation d'un club dans l'exercice de missions de formation officielles confiées par le club, à l'exclusion toutefois de ceux qui tombent sous l'application de la loi sur les accidents du travail.
Par "formation" on entend également l'accompagnement officiel ainsi que la surveillance officielle à l'occasion des activités sportives assurées.
3. Tous les membres de comités, tant ceux de la fédération que ceux des clubs affiliés, dans l'exercice de leur fonction officielle réglementairement reconnue pour le compte de la fédération ou des clubs.

Toute activité exercée par les membres susdits qui exercent une fonction officielle en dehors des activités généralement reconnues comme étant spécifiquement propres et inhérentes à la fonction officielle qu'ils exercent, n'est pas considérée comme une mission officielle ou l'exécution d'une fonction officielle. Ainsi p. e. les activités qui requièrent des aptitudes professionnelles et qui peuvent être assimilées à l'exercice d'un métier ne tombent jamais sous l'application de la couverture de la police relative à une fonction officielle.

b) En ce qui concerne les activités sportives accessoires : (garantie facultative pouvant être obtenue sur demande)

Idem qu'au point a) ci-dessus, avec dans ce cas la possibilité pour eux de participer aussi en tant que sportifs, en étant alors assurés en cette dernière qualité. Cela doit ressortir de la demande d'assurance.

c) En ce qui concerne les activités non sportives : (garantie facultative pouvant être obtenue sur demande)

Ils peuvent être assurés en qualité d'aides dans l'organisation de cette activité.
Cela doit ressortir de la demande d'assurance.

Lorsqu'ils sont assurés dans le cadre de l'activité assurée à laquelle ils participent, ils le sont en la qualité à laquelle ils participent, et ce en vertu des garanties de la **Division I** et sous les garanties couvertes par la **Division III**, spécifiquement applicables à cette qualité.

• **Pour ces membres non-sportifs, la garantie est acquise dans les limites des conditions générales et particulières de la police :**

- a) Activité sportive principale : ⁽⁹⁾ en tant que membre de la fédération, titulaire d'une carte d'affiliation en bonne et due forme et pour qui la prime annuelle est acquittée.
- b) Activités sportives accessoires et activités non sportives avec public : en tant que membre de la fédération, titulaire d'une carte d'affiliation en bonne et due forme, dont le nom figure sur la liste des participants qui fait partie des formulaires d'assurance à transmettre au préalable à la compagnie en rapport avec ces activités, et pour qui la prime annuelle est acquittée. (cf. ci-après : III B et C)

• **Remarque :**

*Les membres non-sportifs qui exercent une fonction non officielle en tant qu'aide bénévole dans des organisations du club (travaux d'entretien, aide à la cantine, surveillants e. a.) peuvent également être assurés contre des accidents corporels par la **Division IV** "Options d'assurance additionnelles".*

3) Fédération, dirigeants, personnel et préposés

Ils sont couverts sous la **Division III** en leur qualité applicable aux activités assurées précitées pour les couvertures prévues à cet effet ci avant.

• **Pour la fédération, les dirigeants, le personnel et les préposés, la garantie est acquise dans les limites des conditions générales et particulières de la police**

- a) Activité sportive principale : ⁽⁹⁾ en tant que gérant et/ou organisateur de celles-ci, pour qui la prime annuelle est acquittée.
- b) Activités sportives accessoires et activités non sportives avec public : en tant qu'organisateur de ces activités, pour lesquelles un formulaire d'assurance a été transmis au préalable à la compagnie et pour qui la prime annuelle est acquittée. (cf. ci-après : III. B et C)

Toutes les qualités précitées sont soumises aux dispositions y afférentes mentionnées dans la description de la garantie exposée ci-après.

4) Les clubs, dirigeants/préposés du club

Ils sont couverts sous la **Division III** en leur qualité applicable aux activités assurées précitées pour les couvertures y prévues à cet effet ci-dessus.

• Pour les clubs, dirigeants du club et préposés, la garantie est acquise dans les limites des conditions générales et particulières de la police.

- a) Activité sportive principale : ⁽⁹⁾ en tant qu'organisateur de celle-ci, pour qui la prime annuelle est acquittée.
- b) Activités sportives accessoires et activités non sportives avec public : en tant qu'organisateur de ces activités, pour qui un formulaire d'assurance a été transmis au préalable à la compagnie et pour qui la prime unique est acquittée (cf. ci-après : III. B et C)

La présente police prévoit uniquement la garantie R.C. des clubs en ce qui concerne les risques d'organisation. Pour les autres garanties R.C. concernant le club, il est fait référence à la Division V / A de la police.

Toutes les qualités précitées sont soumises aux dispositions y afférentes mentionnées dans la description de la garantie exposée ci-après.

⁽⁹⁾ **Primes applicables relatives aux activités sportives principales :**

a) Membres non-sportifs

La garantie est acquise pour les membres non-sportifs dont les noms figurent sur la liste des assurés des membres non-sportifs et pour qui la prime annuelle est acquittée. Sauf disposition contraire, cette prime est identique à celle des membres-sportifs.

b) La fédération, les clubs, les dirigeants/préposés

La garantie est comprise dans la prime des membres non-sportifs.

III. DESCRIPTION DE LA COUVERTURE DANS LE CONTEXTE DE I. ET II.

A. L'ACTIVITE SPORTIVE PRINCIPALE

■ Introduction

Il s'agit de la discipline sportive qui est gérée et réglementée avec pouvoir de juridiction par la fédération souscriptrice et organisée avec son assentiment par ses clubs adhérents pour leurs membres sportifs affiliés auprès de la fédération et pratiquée par ces derniers sur une base annuelle. Le risque considéré sous ces conditions par la présente police dans les limites des conditions générales et particulières comme activité sportive principale assurée, à l'exclusion de toute variante de pratique non précisée ci-après. Les conditions générales et particulières de la présente police doivent par conséquent être interprétées dans cette optique.

■ Modalités d'application

Les activités pouvant tomber sous l'application de ce qui précède sont :

1. Le **sauvetage sportif aquatique** dans toutes les variantes règlementairement autorisées par la fédération, pratiquées sous toute forme règlementairement reconnue par la fédération, tels que : compétitions, entraînements, initiation, etc. y compris l'usage d'embarcations règlementairement reconnues par la fédération dans le cadre des activités de sauvetage du Rescue Team reconnu par la fédération.
2. **Entraînements**
Les activités sportives assurées comprennent également les entraînements organisés pour les membres par les clubs ou la fédération à des jours et heures fixes en vue du maintien de la condition physique nécessaire dans le contexte des activités pratiquées. Ces entraînements peuvent également consister en exercices physiques communes et footing.
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'entraînement officiel commun du club ou de la fédération. Les accidents survenus lors d'entraînements ne répondant pas aux critères susmentionnés ne sont pas couverts.
Sauf stipulation contractuelle contraire ou convention contraire entre les parties contractantes confirmée par écrit, les entraînements assurés par la présente police ne peuvent consister en la pratique d'autres disciplines sportives que celle pour laquelle l'assuré est couvert par la présente police.
Pour l'assurance d'autres disciplines sportives il est fait référence au point **B** "Activités sportives accessoires".
3. Les entraînements et rencontres organisés par les instances fédérales dans le cadre de rencontres nationales, interprovinciales ou internationales sont couverts par la police, tout comme ces rencontres elles-mêmes.
4. Les participations des membres aux stages de formation organisés par l'ADEPS / BLOSO dans leurs installations sont **également** couvertes par la présente police.

■ Registre des membres / Primes

1. A la prise d'effet de la police, la fédération renseigne à la compagnie l'effectif des membres connu à ce moment. Cet effectif servira de base pour le calcul de la prime provisoire annuelle. A l'issue de chaque année d'assurance, la fédération confirmera à la compagnie le relevé de l'effectif total des membres qui, dans le courant de l'exercice écoulé, sont tombés sous l'application de la police. Au cas où cet effectif serait modifié par rapport à l'effectif de base, il sera procédé à un décompte de régularisation.

La prime provisoire annuelle ne pourra jamais être inférieure à la prime due pour 80% de l'effectif des membres connu au début de chaque exercice annuel suivant à la première année d'assurance, le cas échéant, elle sera chaque fois adaptée dans ce sens.

Tous les membres sont inscrits dans un registre déposé au siège de la fédération avec indication de la date d'inscription. Ce registre peut y être consulté à tout moment par la compagnie. Les accidents survenus à des personnes dont le nom n'est pas repris dans ce registre au moment de l'accident ne sont pas couverts.

Au début de chaque année d'assurance, la fédération remettra à la compagnie une liste reprenant, par province, les noms de tous les **clubs affiliés** et, par la suite, toute modification apportée à cette liste au cours de l'année d'assurance, qu'il s'agisse d'ajouts ou de radiations, seront notifiées immédiatement à la compagnie.

Pour ce qui concerne les listes des membres :

Sauf stipulation contraire, au début de chaque année d'assurance, une liste de tous les membres affiliés par club doit être remise à la compagnie. endéans le premier mois. Ensuite, par mois échu, une liste doit être remise à la compagnie reprenant tous les membres qui se sont **ajoutés** durant le mois échu.

Dans la mesure du possible, ces listes de membres doivent prévoir un numérotage par membre afin de faciliter l'identification.

Les membres démissionnaires ne peuvent pas être repris dans ces listes. Ils doivent être communiqués par liste(s) séparée(s).

Puisqu'il est convenu que les données relatives aux membres ne doivent pas être communiquées immédiatement mais par mois échu, seul le registre officiel dont question sera considéré comme critère principal pour les contrôles de la compagnie. Cela signifie qu'il doit ressortir du registre officiel si la victime d'un accident était inscrit comme membre au moment de l'accident. Cela signifie également 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 des membres, il ne pourra jamais s'écouler une période de plus de 31 jours.

Si l'effectif des membres est subdivisé en catégories différentes auxquelles s'appliquent des primes différentes, les listes et registres des membres dont question ci-dessus doivent bien entendu être ventilés par catégorie.

La prime (**taxes et frais inclus**) par assuré (y compris la couverture R.C. - Division III) s'élève à :
(majorée de l' (des) option(s) souscrite(s) par la fédération pour le compte de ses membres-sportifs - cf. Division IV)

■ **€ 1,90-**

Il s'agit d'une prime minimale due indépendamment du nombre de participations aux activités sportives assurées durant la période d'inscription comme membre assuré dans le courant d'une année d'assurance de police. Dans tous les cas, la couverture prend fin pour chaque membre assuré à l'échéance annuelle commune de la police. La prime provisoire annuelle, qui constitue également la prime minimale, est fixée sur base de **-400-** membres et s'élève ainsi à **€ 760-**.

2. Nouveaux membres affiliés :

La compagnie accorde immédiatement sa garantie pour tout risque nouveau, c.-à-d. dès l'inscription d'un nouveau membre dans le registre déposé au siège de la fédération souscriptrice. Dans l'éventualité où un nouveau membre ne serait pas encore inscrit dans le registre, la preuve doit être fournie en cas d'accident de la date à laquelle le membre a été inscrit auprès du club et y a réglé la prime.

3. Membres démissionnaires :

Chaque assuré qui, au cours de l'année d'assurance, perdrait à un titre quelconque sa qualité de membre affilié à la fédération souscriptrice, se verrait, à la date même de la démission, privé de tout droit à une indemnité lors d'un sinistre ultérieur.

4. Autres fédérations ou groupements :

Pour des membres également affiliés ou actifs auprès d'autres fédérations ou groupements ou participant à des activités d'autres fédérations ou groupements, la couverture de la police n'est acquise que pour autant qu'il soit établi que les activités sportives pratiquées sont organisées par un club affilié à la fédération sous la gérance, les règlements et la juridiction de cette dernière. Cela signifie e. a. que la présente police n'intervient en aucun cas si l'assuré peut prétendre à l'intervention d'une autre police souscrite pour son compte par une fédération ou un groupement organisant les mêmes activités que celles couvertes par la présente police.

5. Dispositions spéciales relatives aux sports d'équipe

Pour ce qui concerne les sports d'équipe, une liste doit être remise à la compagnie, reprenant les clubs affiliés par province et le nombre d'équipes alignées par ces clubs par catégorie. Tout changement apporté à cet effectif dans le courant de l'année d'assurance doit être communiqué immédiatement.

■ **Payement de la prime / Répercussion sur la couverture d'assurance**

Il s'agit en l'occurrence des dispositions relatives aux primes annuelles ayant trait aux activités sportives principales. En ce qui concerne les risques temporaires les dispositions (dérogatoires) relatives au paiement de prime sont renseignées chaque fois dans la police aux précisions de couverture se rapportant à ces risques temporaires.

a) Primes à percevoir via la fédération selon convention entre parties :

Au cas où la fédération contractante ne serait pas en mesure de régler l'intégralité de la prime due dans les 30 jours suivant l' (les) échéance(s) en raison du non-paiement des primes par des clubs affiliés pour lesquels une demande d'assurance fut pourtant transmise à la compagnie, elle a la faculté de se décharger du paiement de prime se rapportant aux clubs concernés, en en faisant connaître l'identité à la compagnie. Dans ce cas, il est convenu entre parties que les clubs concernés abandonnent totalement ou partiellement (au cas où un paiement aurait été effectué pour une partie de la couverture d'assurance), la demande de couverture d'assurance ayant trait à la police souscrite pour leur compte et qu'ils ne désirent pas en faire usage. Il est cependant accordé qu'au cas où les clubs concernés régleraient tout de même encore la prime, la couverture d'assurance y ayant trait est acquise à partir du jour où le paiement de prime est reçu par la compagnie jusqu'à la fin de la période d'assurance en cours. Cette procédure s'applique lors de chaque renouvellement annuel de la couverture.

b) Primes à percevoir via les clubs selon convention entre parties :

En cas de couvertures d'assurance optionnelles sollicitées sous la présente police par des clubs pour le compte de leurs membres dont les primes, avec l'assentiment de la fédération, sont à percevoir directement auprès des clubs, ces derniers sont soumis aux dispositions prévues dans la police en matière de paiement des primes, ou à des stipulations contraaires leur communiquées par écrit. Les primes ne peuvent cependant être fractionnées. La couverture des garanties expire automatiquement à la fin de chaque année d'assurance. La demande doit être renouvelée au début de chaque exercice, soit pour les mêmes garanties, soit pour d'autres garanties sans qu'il y ait obligation de renouvellement. Lors de chaque renouvellement annuel, les primes pour options sont considérées comme première prime, la couverture d'assurance en faisant l'objet ne prenant cours qu'après paiement de celle-ci. En la matière, il est convenu entre parties que les clubs abandonnent automatiquement leur demande de couverture s'ils n'ont pas payé la prime s'y rapportant à la date d'échéance renseignée. Il est cependant accordé qu'au cas où les clubs concernés régleraient tout de même encore la prime, la couverture d'assurance y ayant trait est acquise à partir du jour où le paiement de prime est reçu par la compagnie jusqu'à la fin de la période d'assurance en cours. Il est entendu d'autre part que les dispositions de l'article 10 des conditions générales sont d'application ici.

■ **Modalités de paiement de la prime**

La prime provisoire de **€ 760-** (t.t.c.) est payable à l'échéance annuelle au **01/01** de chaque année. Le décompte de prime s'effectuera dans le courant du mois de **décembre** de chaque année.

■ **Membres temporaires**

Chaque année la fédération organise ses formations humanitaires auxquelles participent des non-membres.

Une formation humanitaire a une durée de 3 à 4 mois, à raison d'une séance maximum par semaine.

Les personnes participant à ces formations humanitaires sont considérées durant cette période comme des membres temporaires en cette qualité assurées par la police, étant entendu que pour ces membres temporaires l'activité sportive assurée se limite à leur participation aux seules formations humanitaires.

La couverture prend fin à l'issue de leur formation et ne comprend pas la garantie "Indemnités journalières" de la police "Accidents Corporels".

■ **Contrôle**

A moins que la fédération ne possède elle-même un système de contrôle adéquat approuvé par la compagnie et au moyen duquel elle centralise les données, les non-membres participant à des formations humanitaires doivent être inscrits dans un registre spécial en mentionnant les dates des formations humanitaires auxquelles ils participent. Ce registre doit se trouver au siège de la fédération, où il doit pouvoir être contrôlé à tout moment par la compagnie.

■ **Pratique du sport médicalement justifiée**

Sauf stipulation contraire, ces non-membres doivent en outre signer un document daté de la date de participation, dans lequel ils déclarent qu'ils se savent médicalement et physiquement aptes à participer à la pratique du sport organisée. En cas d'accident, la déclaration devra être accompagnée d'une copie de l'inscription ainsi que de la déclaration d'aptitude signée tenant lieu de preuve que tout est en règle.

■ **Prime**

La prime par participant/formation s'élève à **€ 0,82-** (t.t.c.). Sur base de listes des participants établies dans le courant de l'année d'assurance la prime totale est décomptée à la fin de chaque année d'assurance.

B. LES ACTIVITES SPORTIVES ACCESSOIRES ORGANISEES PAR LES CLUBS (Risques temporaires)

■ Introduction

Le champ d'application de la police s'étend également aux activités sportives accessoires organisées par la fédération ou par les clubs affiliés pour les membres affiliés à la fédération, pour autant qu'il s'agisse d'une activité sportive accessoire reprise plus loin dans la police dans la liste convenue entre les contractants, qui énumère les activités sportives accessoires entrant en ligne de compte pour la couverture d'assurance. La couverture ne peut être obtenue que pour autant que les formalités indiquées ci-après aient été remplies. Si tel n'est pas le cas il n'y a pas de couverture. Les activités sportives accessoires sont toutes des risques temporaires.

■ Modalités d'application

1) Quelles sont les formalités à remplir pour l'assurance d'une activité sportive accessoire ?

Pour assurer une activité sportive accessoire, l'organisation de cette activité doit être **préalablement** communiquée à la compagnie par les organisateurs (fédération ou club affilié), accompagnée d'une description du risque à assurer, de la liste des participants, de la prime à appliquer et de la prime totale due. Cette communication doit s'effectuer par le biais d'un formulaire d'assurance spécialement mis à disposition par la compagnie à cet effet.

Les modalités/dispositions complémentaires reprises le cas échéant dans le formulaire d'assurance sont à considérer comme faisant partie des conditions de la présente police. Les éventuelles modifications imprévues apportées à ces données peuvent encore être communiquées pendant ou à l'issue de l'organisation de l'activité conformément aux dispositions reprises dans le formulaire d'assurance. La prime due doit être versée à la compagnie avant le début de l'organisation de l'activité. Ces activités sportives accessoires sont considérées comme des assurances temporaires séparées souscrites par les organisateurs et dont la couverture ne prend effet qu'après le paiement de la prime (art.14 de la loi du 25.06.1992 C.A.T.).

2) Inventaire des activités sportives accessoires et des primes applicables

Remarques préalables

- a) Les activités sportives accessoires qui ne sont pas reprises dans la liste ne tombent pas sous l'application de la présente police.
- b) Ce sont les membres-sportifs, les membres non-sportifs et les non-membres accompagnateurs ou pratiquants mentionnés sur les listes de participants à une activité sportive accessoire assurée préalablement communiquées à la compagnie qui sont couverts.
- c) La liste des activités sportives accessoires peut être modifiée et complétée. Pour être valables, les modifications apportées à cette liste doivent être confirmées par le biais d'un avenant signé par les parties contractantes ou par voie insertion dans le formulaire d'assurance.

La liste est divisée en 4 catégories. Ces activités sportives accessoires ne peuvent être organisées que dans le cadre d'une pratique récréative, en aucun cas dans le cadre d'une participation à une compétition.

- Sont cependant autorisés, les rencontres amicales et les tournois amicaux, où le nombre (d'heures) de rencontres à disputer par jour ne s'écarte pas de la norme généralement admise. Les accidents qui sont causalement imputables au fait que cette norme a été transgressée sont exclus.

CATEGORIE 1	GYMNASTIQUE, PETANQUE, DANSE, NATATION, FLECHETTES, TENNIS DE TABLE, FITNESS, ATHLETISME, BOWLING, BADMINTON, MARCHE A PIED, JEUX EN FORET ET DE PLAGE, PARC D'ATTRACTIONS, COURSE EN FORET, JOGGING
CATEGORIE 2	TENNIS, BASKET, TIR A L'ARC, EQUITATION, VOLLEYBALL, SQUASH, SPORTS NAUTIQUES (voile, aviron, planche à voile) BALADES EN MONTAGNE, JEUX DE BALLE RECREATIFS (sans élément de compétition)
CATEGORIE 3	CYCLOTOURISME (mountain bike), HANDBAL, KARATE, JUDO, JU-JITSU, PATINAGE A ROULETTES ET A GLACE, SKEELERING, SKATEBOARD, HOCKEY, SPORTS D'AVENTURE (rafting, rappel), FOOTBALL EN SALLE ET MINI-FOOTBALL
CATEGORIE 4	FOOTBALL,

- Remarques :
- Les non-sportifs relèvent de la catégorie 1.
 - L'activité sportive principale exercée dans le cadre d'organisations multisports est automatiquement assurée pour les membres-sportifs
 - (*L'activité sportive principale faisant l'objet de la présente police relève de la CAT. 1*)

■ Les primes

Les primes sont fonction de la forme des activités sportives accessoires à assurer, qui sont réparties comme suit :

- a) Organisations d'une durée d'une journée
Il s'agit d'organisations uniques d'une activité sportive accessoire assurée, organisées un jour donné, à une heure donnée ou pendant plusieurs heures, à un endroit donné.
 - b) Organisations s'étendant sur plusieurs jours
Il s'agit d'organisations uniques, à un endroit donné et pendant une période donnée, durant laquelle une ou plusieurs activités sportives assurées est (sont) organisée(s). Il peut s'agir d'événements pouvant être organisés sous la forme de camps sportifs.
Dans ce cas, les participants séjournent, y compris la nuit, à l'endroit où le camp est organisé, et ce depuis le début jusqu'à la fin du camp. Ils sont assurés contre les accidents survenus au cours de leur séjour, pour autant qu'ils soient sous la surveillance des responsables de l'organisation et que l'accident survienne au cours de la pratique d'une activité sportive assurée ou au cours des risques ordinaires inhérents à un séjour avec nuitées. La **durée maximale** des organisations s'étendant sur plusieurs jours a été fixée à **3 semaines**.
 - c) Organisations s'étendant sur plusieurs jours répartis dans le temps et ayant pour seul objet l'activité sportive principale
La formule peut également être utilisée pour des organisations s'étendant sur plusieurs jours répartis dans le temps, telles que par exemple des cours d'initiation à l'activité sportive principale à l'intention de non-membres, répartis en plusieurs sessions à raison par exemple d'**1** session par semaine. Dans ce cas, la prime est celle prévue pour les organisations s'étendant sur plusieurs jours applicable aux activités sportives organisées. Pour une série de **5** sessions : la prime pour les organisations s'étendant sur plusieurs jours **B** (une seule semaine). Pour une série de **10** sessions : la prime pour les organisations s'étendant sur plusieurs journées **C** (2 semaines). Lors de la demande de cette formule, il y a lieu de mentionner dans la "**Description**" : l'activité sportive organisée, le nombre de sessions dont se compose la série, les jour/heure de la semaine auxquels les sessions sont organisées.
 - d) Organisations annuelles en tant qu'entraînements spéciales durant toute l'année
Il est possible d'assurer sur une base annuelle les disciplines sportives susmentionnées qui, en plus de l'activité sportive principale, seraient pratiquées durant toute l'année en tant qu'entraînement. Une telle pratique doit se situer en dehors de toute forme de compétition. Les primes annuelles sont définies par la compagnie après concertation.
- Les primes indiquées ci-après (taxes et frais inclus) sont les primes dues par les membres et non-membres participant aux activités sportives accessoires pour les garanties prévues pour ces membres dans les **Divisions I et III** de la présente police:

F O R M E		PRIME PAR ASSURE			
		Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	Catégorie 4
a)	Organisations d'une journée	€ 0,25-	€ 0,50-	€ 0,99-	€ 1,98-
b)	Organisations de plusieurs jours (à.p.d. 2 jours jusqu'à maximum 1 semaine)	€ 0,62-	€ 1,24-	€ 2,48-	€ 4,96-
c)	Organisations de plusieurs jours (plus d'une semaine jusqu'à max. 3 semaines)	€ 1,24-	€ 2,48-	€ 4,96-	€ 9,92-

Remarque : Lorsque les mêmes participants exercent plusieurs disciplines sportives au cours d'une même organisation, seule la prime de la discipline sportive de la catégorie la plus élevée est appliquée.

- Les primes indiquées ci-après (taxes et frais inclus) sont les primes dues par la fédération ou les clubs en tant qu'organisateur d'une activité sportive accessoire, pour les garanties prévues à cet effet à la **Division III** de la présente police

a) Organisations d'un jour (toutes catégories)	€ 18,00-
b) Organisations sur plusieurs jours (toutes catégories)	€ 25,00- pour la première semaine € 18,00- par semaine complémentaire (durée maximale : 3 semaines)

C. LES ACTIVITES NON-SPORTIVES ORGANISEES PAR LES CLUBS (Risques temporaires)

■ Introduction

Le champ d'application de la police s'étend également aux activités non sportives organisées par la fédération ou par les clubs affiliés à l'intention de leurs membres et du public, pour autant qu'il s'agisse d'une activité non sportive reprise plus loin dans la police dans la liste convenue entre les contractants, qui énumère les activités non-sportives entrant en ligne de compte pour une couverture d'assurance. La couverture ne peut en outre être obtenue que pour autant que les formalités indiquées ci-après auront été remplies. Si tel n'est pas le cas il n'y a pas de couverture. La couverture d'assurance est limitée aux membres et non-membres qui apportent leur contribution à l'organisation d'une telle activité non sportive à titre d'aides préposés. Bien entendu, cette aide doit se situer dans les limites des possibilités des assurés et les activités qui requièrent des aptitudes professionnelles ou qui peuvent être assimilées à l'exercice d'un métier ne sont pas couvertes. Toutes les activités non sportives avec public constituent des risques temporaires.

■ Modalités d'application

1) Quelle sont les formalités à remplir pour l'assurance d'une activité non sportive ?

Pour assurer une activité non sportive, l'organisation de cette activité doit être préalablement communiquée à la compagnie par les organisateurs de celle-ci (fédération ou club affilié), accompagnée d'une description du risque à assurer, de la liste des personnes participant à cette activité en tant qu'aides, de la prime à appliquer et de la prime totale due. Cette communication doit s'effectuer par le biais d'un formulaire d'assurance spécialement mis à disposition par la compagnie à cet effet. Les éventuelles modifications imprévues apportées à ces données peuvent encore être communiquées pendant ou à l'issue de l'organisation de l'activité conformément aux dispositions reprises dans le formulaire d'assurance. La prime due doit être versée à la compagnie avant le début de l'organisation de l'activité. Ces activités non sportives sont considérées comme des assurances temporaires séparées souscrites par les organisateurs, dont la couverture de ne prend effet qu'après le paiement de la prime (art.14 de la loi du 25.06.1992 C.A.T.).

2) Inventaire des activités non sportives assurées

Remarques préalables

- Les activités non sportives qui ne sont pas reprises dans la liste ne tombent pas sous l'application de la présente police.
- Ce sont les membres-sportifs, éventuellement les membres non-sportifs et les non-membres renseignés comme aides sur les listes de participants à une activité non sportive, préalablement communiquées à la compagnie, qui sont couverts.
- La liste des activités non sportives peut être modifiée et complétée. Pour être valables, les modifications apportées doivent être confirmées par le biais d'un avenant signé par les parties contractantes ou par insertion dans le formulaire d'assurance.
D'autres activités non sportives peuvent e. a. consister en : représentations (musique, démonstrations, théâtre) ou p. e. des fêtes enfantines.
Il y a lieu de consulter d'abord la compagnie à cet égard.

3) Liste :

BAL , FANCY-FAIR (durée maximale : 3 jours) , BANQUET .

^(*) **Remarque** : Ces risques peuvent également être assurés via une police "R.C.-Exploitation".

■ Les primes :

- Les primes indiquées ci-après (taxes et frais inclus) couvrent les personnes participant aux activités en tant qu'aides, pour les garanties prévues aux **Divisions I et III** de la présente police

€ 0,37- par jour (durée maximale : 3 jours)

- Les primes indiquées ci-après sont les primes dues par la fédération ou les clubs en tant qu'organisateur d'une activité non sportive, pour les garanties prévues à cet effet à la **Division III** de la présente police (obligation imposée par décret).

€ 25,00- par jour / € 18,00- par jour supplémentaire (durée maximale : 3 jours)

D. ACTIVITES DE PROMOTION DU SPORT

N E A N T

GENERALITES

A. PRISE D'EFFET ET DUREE DE LA POLICE

a) **Date de prise d'effet :**

■ **Police en vigueur.**

A partir du **01.01.2004** le présent document est considéré comme seul document reconnu entre parties en remplacement des documents du contrat existant qui ne sera plus d'application que pour des faits se situant avant le **01.01.2004**.

b) **Durée :**

- A moins que la liberté contractuelle admise pour les contrats d'assurance souscrits "avec stipulation pour autrui" ou "pour le compte de" (articles 22 et 38 de la loi du 25.06.1992 C.A.T.) comme c'est le cas pour la présente police, ne permettrait pas de convention dérogatoire aux définitions de l'article 30 §1 de cette même loi, il est convenu entre les parties contractantes de fixer la durée de la présente police à trois ans avec reconductions tacites pour des périodes identiques, à moins que l'une des parties ne manifeste son intention d'y mettre fin trois mois avant l'expiration du terme en cours, conformément aux dispositions de la loi du 25.06.92 C.A.T.. Pour ce qui concerne la division "Responsabilité Civile" cette durée est d'ailleurs autorisée en vertu des dispositions de l'A.R. du 24.12.1992 portant exécution de la loi du 25.06.1992 tel qu'il a été modifié par l'A.R. du 29.12.1994. S'il s'avère que pour ce qui concerne la division "Accidents Corporels" la loi ne consent pas de dérogation à l'article 30 §1 la durée du présent contrat est ramenée à un an avec de tacites reconductions d'un an également pour ce qui concerne la division "Responsabilité Civile".

B. TAXES ET FRAIS APPLICABLES A LA PRIME NETTE

- **9,25%** compris dans la prime.

C. INDEXATION

La fédération a le droit de demander chaque année l'indexation des garanties assurées en fonction de l'indice des prix à la consommation. Dans ce cas la prime sera adaptée en conséquence.

D. DISPOSITIONS SPECIALES

- *N E A N T.*

Fait à Bruxelles, le **11.12.2003**, en autant d'exemplaires qu'il y a de parties, en vue d'être exécuté de bonne foi.

LE PRENEUR D'ASSURANCE

LA COMPAGNIE

S.A. A R E N A
Agent-Souscripteur
Pour S.A. NATIONALE SUISSE ASSURANCES
Par procuration spéciale

**CONDITIONS PARTICULIERES
RESPONSABILITE CIVILE
LIMITES DES GARANTIES ACCORDEES**

1. INTRODUCTION

- a) La Division II décrit les risques qui tombent sous l'application de la police, qui en sont les assurés et en quelle qualité ils le sont. Dans ce contexte se situe la Division III, sauf pour ce qui concerne les risques de déplacement assurés définis dans la Division II. Ces risques sont toujours exclus du champ d'application de la Division III.
- b) 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 dans le cadre des activités sportives assurées définies à la Division II par des tiers en vertu des articles 1382 à 1384 du Code Civil ou pour ce qui concerne les activités sportives assurées à l'étranger, en vertu d'une législation étrangère de tendance analogue. 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 la fédération et 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.

2. LES ASSURES

Ci-après, un relevé des assurés possibles.

Ils ne sont effectivement couverts par la police que pour autant que leur couverture d'assurance puisse être déduite de la réalisation des conditions d'application reprises dans la Division II. Ils sont alors assurés en la qualité qui correspond à ces mêmes données.

a) **Risques de gérance :**

La gestion fédérale

Les organes de gestion, les membres des comités fédéraux et provinciaux, le personnel et les préposés de la fédération en leur qualité d'observateurs de la gestion de la fédération conformément aux règlements de la fédération, en ce qui concerne l'activité sportive principale assurée tombant sous leur juridiction et leur responsabilité de gestion, organisée avec l'assentiment de la fédération par les clubs affiliés pour leurs membres sportifs titulaires d'une carte d'affiliation de la fédération, et ce pour les accidents survenus pendant ladite activité sportive principale assurée, exclusivement imputables à et ayant comme cause immédiate le fait de cette gérance.

(Arbitrage)

Dans les risques de gérance sont compris ceux de l'arbitrage ayant trait à l'activité sportive principale assurée par la police, confié à et accompli, conformément aux règlements de la fédération, par des arbitres, juges, membres de jury, etc. formés et reconnus par la fédération et ce pour des accidents survenus pendant l'activité sportive principale assurée, exclusivement imputables à et ayant comme cause immédiate le fait d'un tel arbitrage.

b) **Risques d'organisation :**

(Les clubs affiliés)

Les organes de gestion, les dirigeants, les membres des comités et les préposés des clubs, assurés en qualité d'organisateur des activités sportives et non sportives assurées par la police, et ce pour des accidents survenus pendant, exclusivement imputables à et ayant pour cause immédiate, le fait de cette organisation.

La fédération même

Les organes de gestion, les dirigeants à l'échelon national et provincial, les membres de comités de la fédération et les préposés de la fédération en qualité d'organisateur des activités sportives et non-sportives assurées organisées par la fédération même et ce pour des accidents survenus pendant, exclusivement imputables à et ayant comme cause immédiate le fait de cette organisation.

Remarque

- Ne tombent sous l'application de la police que les risques qui peuvent généralement être considérés comme faisant partie de l'organisation des activités assurées, c'est-à-dire avec lesquels tout organisateur d'une telle activité sportive est confronté.

(Formation / Encadrement)

Dans les risques d'organisation sont compris ceux de la formation et de l'encadrement des activités sportives principales assurées par la police, confiés par la fédération ou par un club affilié à et accomplis, conformément aux règlements fédéraux, par des instructeurs, moniteurs, entraîneurs ou sauveteurs formés et reconnus par la fédération et ce pour des accidents survenus pendant les activités sportives principales et exclusivement imputables à et ayant pour cause immédiate le fait de l'accomplissement de telles missions de formation et d'encadrement.

Extensions :

- 1) Organisation des activités visées à la Division II sous :
- a) "Autres activités" mentionnées sous "Activités sportives"
 - b) "Activités non sportives"

L'organisation de ces activités est comprise dans la garantie. Le risque assuré est limité aux activités inoffensives auxquelles la participation est libre. Les risques présentant un caractère dangereux ou les risques que l'organisateur et ceux qui aident à l'organisation ne maîtrisent pas en raison de leur nature et/ou de leur caractère non quotidien ou encore en raison du manque d'expérience et de savoir-faire, de sorte que pour atteindre le résultat escompté, des risques inutiles doivent être pris, sont exclus. De telles organisations moins évidentes peuvent toutefois être assurées séparément après concertation avec la compagnie et compte tenu des recommandations spécifiques en la matière avancées par cette dernière.

2) Installations temporaires provisoires :

Le montage et le démontage de toute installation temporaire dans le cadre de l'organisation des activités sportives et non sportives assurées sont également compris dans la garantie. La garantie est toutefois limitée aux situations qui sont maîtrisées par l'assuré organisateur, c'est-à-dire pour lesquelles l'organisateur et ses aides possèdent suffisamment d'expérience et de savoir-faire pour atteindre le résultat escompté, sans courir de risques inutiles par suite de dilettantisme. En ce qui concerne les installations et constructions temporaires servant à recevoir et à abriter le public ou à l'usage du public, il doit nécessairement être fait appel à des entreprises spécialisées.

3) Usage d'engins et d'attractions lors d'activités non sportives assurées :

Lorsque, lors d'une organisation, des engins ou attractions sont prévus (par ex. lors d'une fancy fair), dont les participants/le public peuvent faire usage, les mesures de précaution et l'encadrement requis doivent être prévus en vue de l'application des consignes d'utilisation et de sécurité inhérentes aux dispositifs visés.

4) Intoxication alimentaire lors d'activités non sportives assurées :

La responsabilité du chef d'intoxication alimentaire consécutive à l'absorption d'aliments et de boissons est comprise dans la garantie au cas où ce risque surviendrait au cours d'une organisation assurée. Toutefois, lorsque l'organisation a précisément pour objet l'organisation d'un tel repas, il y a lieu de faire appel à une entreprise/des fournisseurs spécialisés.

D'une manière générale, l'attitude des assurés ne peut jamais être de considérer la fonction de la couverture d'assurance comme un "nihil obstat" à l'égard de tous actes irréflectifs.

5) Organisation d'activités à participation internationale :

Les risques d'organisation relatifs à des manifestations auxquelles participent des délégations étrangères, tels des **championnats internationaux**, ne tombent pas sous l'application de la police en tant qu'activité. Ce type d'organisations peut être assuré par des polices appropriées distinctes.

c) **Risques de la pratique sportive :**

Les sportifs affiliés et les non-membres sportifs à l'occasion d'activités de promotion du sport

Les membres sportifs titulaires d'une carte d'affiliation de la fédération en leur qualité de praticiens des activités sportives assurées auxquelles ils participent, ainsi que les non-membres sportifs en leur qualité de praticiens des activités sportives promotionnelles auxquelles ils participent et ce pour les accidents survenus pendant, exclusivement imputables à et ayant pour cause immédiate le fait de cette pratique.

3. QUI EST CONSIDERE COMME TIERS ?

Toute personne étrangère à la fédération souscriptrice, à ses clubs, ses membres affiliés et membres non sportifs à l'occasion d'activités de promotion du sport 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 avoir la qualité "d'assuré" :

Ceux qui, dans le contexte de la présente police, peuvent avoir la qualité "d'assurés" sont considérés comme "tiers" à l'égard d'autres personnes pouvant avoir cette qualité, dans les limites des conditions suivantes :

- a) Les sportifs sont considérés en leur qualité de praticiens comme tiers entre eux en ce qui concerne les dommages corporels et matériels qu'ils encourent du chef d'accidents dont ils sont victimes en tant que praticiens pendant et par le fait de la pratique des activités sportives assurées.
- b) Les sportifs sont, en leur qualité de praticiens, considérés comme tiers à l'égard de clubs en leur qualité d'organisateur et à l'égard de la fédération en sa qualité de gérante et/ou d'organisatrice des activités sportives assurées en ce qui concerne les dommages corporels qu'ils encourent du chef d'accidents dont ils sont victimes en tant que praticiens des activités sportives assurées pendant et par le fait de cette organisation/gérance.
Dans le contexte du présent article, les risques de gérance de la fédération comprennent les risques relatifs à **l'arbitrage** comme définis dans l'art. 2. a) ci-dessus.
Dans le contexte du présent article, les risques d'organisation de la fédération ou des clubs comprennent les risques relatifs à **la formation / l'encadrement sportifs**, comme définis dans l'article 2. b) ci-dessus.
- c) Les aides bénévoles qui, en tant que préposés, prêtent gratuitement leur collaboration à l'organisation par la fédération ou par les clubs des activités sportives assurées et qui sont en tant que tels inscrits auprès de ces derniers avec mention de leur mission à accomplir, sont, pour autant qu'ils ne tombent pas sous l'application de la loi relative aux accidents du travail, considérés en cette qualité comme tiers à l'égard des organisateurs pour ce qui concerne les dommages corporels qu'ils encourent du chef d'accidents dont ils sont victimes en tant qu'aides bénévoles pendant et par le fait de l'organisation.
- d) Pendant l'assistance en tant que spectateur à une compétition officielle assurée, à laquelle participent des clubs auxquels eux-mêmes ne sont pas affiliés les membres sont considérés comme tiers à l'égard des organisateurs de cette compétition officielle pour ce qui concerne les dommages corporels qu'ils encourent du chef d'accidents dont ils sont victimes en tant que spectateurs pendant l'assistance à cette compétition par le fait de son organisation.

4. EXTENSIONS

a) 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 et pouvant être imputés aux assurés par le fait d'un animal utilisé à l'occasion de la pratique de ces activités sportives assurées. La garantie n'a pas pour but de couvrir la responsabilité des propriétaires ou des gardiens habituels d'animaux. La garantie est exclusivement destinée aux sportifs assurés qui, pendant une activité sportive assurée, se servent, en tant que sportifs, d'un animal dont ils peuvent être considérés comme responsables au moment d'un sinistre, sans en être le propriétaire ni le gardien habituel.

b) Article 1386 C.C.

Il est précisé que la garantie d'assurance s'étend également aux accidents attribuables, en vertu de l'article 1386 C.C., 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.

c) Biens confiés

- 1) Par dérogation à l'article 3 / 4 a) des Conditions Générales de la police les garanties de la police, sont étendues pour ce qui concerne les activités sportives principales "indoor", organisées par un club sportif "indoor", à la "Responsabilité Civile" des assurés pour les dommages matériels causés à la suite d'un accident pouvant leur être imputé en vertu des articles 1382 à 1384 du C.C., aux installations sportives "indoor" louées par eux ou mises à leur disposition, et survenus pendant et par le fait de l'organisation ou de l'exercice des activités sportives principales "indoor" assurées. Ne tombent pas sous l'application de la présente police toutes autres causes de risques que celles inhérentes à l'organisation et à l'exercice des activités sportives principales "indoor" assurées, ni la responsabilité du chef de dommages à d'autres installations, ni les dommages ne présentant pas un caractère accidentel.
- 2) Qu'entend-on par "installation" ?
Par "installation" on entend : la partie du bâtiment loué ou mis à disposition où les activités sportives principales "indoor" assurées sont effectivement organisées par l'assuré, en ce compris le matériel fixe se trouvant à l'intérieur et en faisant partie intégrante.

5. MESURES DE PREVENTION / EXCLUSIONS

Indépendamment de l'existence ou non de règles, règlements, prescriptions ou dispositions légales comme précisé dans l'article 6 de l'Avant-Propos, la gérance, 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 6 de l'Avant-Propos et celles prévues ailleurs dans les conditions générales et particulières de la police, sont également exclus des garanties :

a) **Risques de gérance**

Accidents imputables à la non-exécution de missions de gérance prévues par les règlements fédéraux et ayant rapport aux risques des activités sportives principales organisées par la fédération ou par les clubs affiliés et pratiquées par les membres sportifs affiliés.

b) **Risques d'organisation**

Accidents imputables à l'absence de mesures de précaution adaptées aux circonstances présentes en vue de la prévention de sinistres lors de l'organisation des activités sportives assurées, de sorte qu'ils sont quasi inévitables ; autrement dit, les accidents dont, vu les circonstances présentes, il ne peut être irréfutablement démontré que, hormis des situations exceptionnelles, ils pourraient être évités sans les mesures de précaution précitées.

La responsabilité découlant de l'exploitation d'une buvette faisant éventuellement partie des installations ou bâtiments visés au point **4 b)** ci-dessus ne tombe pas sous l'application de la présente police.

Les accidents qui tombent sous l'application des règles de droit en matière de responsabilité du fait des produits ne tombent pas sous l'application de la présente police.

■ **Formation :**

Les accidents attribuables à une omission manifeste dans le contexte d'une activité de formation ou d'encadrement sportif, comme l'absence d'un ou de plusieurs éléments de préparation ou de mesures de sécurité de sorte que la réussite de l'activité est déjà hypothéquée avant même son commencement.

c) **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.

d) **En général**

- Accidents imputables au fait qu'un assuré ne possède pas les qualifications réglementaires ou légales ou couramment répandues requises pour les actes pendant 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 véhicules, d'embarcations 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 en vertu de la législation relative aux accidents du travail.
- Plus particulièrement en matière d'installations "indoor" :
 - a) les brûlures et dommages d'incendie causés par des articles pour fumeurs sont considérés comme faisant partie des dommages exclus sous l'article 3/1 des Conditions Générales de la police.
 - b) les dommages causés par des balles aux vitres ou autre matériel fragile non protégés et les dommages au matériel sportif par le fait de son emploi.

6. LIEUX DE VALIDITE DES GARANTIES

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

b) **Sur le plan de la pratique** : aux endroits où les membres 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. Les endroits où une interdiction d'accès ou de pratique est d'application sont exclus des garanties.

7. GARANTIES ASSUREES

a) **LIMITES DE BASE**

- **Dommages corporels** : ~~€ 250.000-~~ par victime, avec une limite absolue pour l'ensemble des victimes de maximum ~~€ 2.500.000-~~ par accident ou série d'accidents résultant d'un seul et même événement
- **Dégâts matériels** : ~~€ 250.000-~~ par accident ou série d'accidents résultant d'un seul et même événement

- **Pluralité** :

Il est tenu compte des implications des stipulations et conventions (convention U.P.E.A. 530) ayant rapport à l'article 45 de la loi du 25.06.1992 C.A.T., lequel concerne la pluralité d'assurances dont il est question dans l'article 23 des conditions générales.

Les dispositions suivantes sont d'application :

- a) Si, lors d'un sinistre assuré, il y a une intervention prioritaire effective du chef d'une autre police d'assurance R.C., la garantie de la présente police est complémentaire.
- b) Si, lors d'un sinistre couvert, il n'y a pas d'intervention prioritaire mais bien une co-intervention effective du chef d'une autre police d'assurance R.C., l'intervention de la présente police est fixée conformément aux dispositions reprises dans l'article 45 § 2/2 de la loi du 25.06.1992 C.A.T.

- **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 (convention 530 U.P.E.A.) 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 dispositions 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 de R.C. "Vie Privée", et ce conformément aux stipulations de l'article 5 de cet A.R.

Les franchises suivantes sont d'application :

- a) 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.
- b) Si, lors d'un sinistre couvert, il n'y a pas d'intervention prioritaire mais bien une co-intervention effective (après franchise éventuelle) du chef d'une autre police d'assurance R.C. 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 serait inférieur à 200% de la franchise de référence.
- c) 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 devrait 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.

Remarques

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

b) LIMITE "BIENS CONFIES"

En ce qui concerne l'extension de garantie "Bien confié" pour les installations "indoor" la garantie est fixée à **€ 6.200**, maximum par accident en premier risque ; cette garantie est donc acquise à concurrence de ce montant sans application de la règle proportionnelle.

- Franchise :

Pour tout sinistre tombant sous l'application de cette extension de garanties une même franchise est d'application que celle prévue dans le contexte de la garantie "Responsabilité Civile" (article 7. a) ci-dessus) .

c) 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 et conventions (convention 530 U.P.E.A.) dans le cadre 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 pourrait 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 de 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'elles soient assurées contre le risque en question.
- Au cas où un recours peut être exercé les assurés s'obligent à prêter tout l'appui que la compagnie leur demanderait.

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 ne peuvent, conformément aux dispositions reprises ci avant, être dépassées 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.

8. 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, l'existence de toute police assurant également le sinistre déclaré, quel que soit le souscripteur de ces polices doit être portée à sa connaissance. dans le cadre de l'article 23 des conditions générales du contrat.

ASSURANCES "RESPONSABILITE CIVILE ENVERS LES TIERS"

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.

b) suite à un acte volontaire ou intentionnel.

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.

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 en Belgique à des 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'article 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.

La compagnie paie, même au-delà des limites de la garantie, les intérêts afférents à l'indemnité due en principal.

Pour ce qui concerne les intérêts, les frais et les frais de sauvetage : voir article 11 ci-après.

Si la réparation civile consiste en une rente et qu'une acquisition de titres 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.

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 - INTERETS - FRAIS - 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.

POUR LES ARTICLES DES CONDITIONS GENERALES QUI SUIVENT, RENVOI EST FAIT AUX ARTICLES DES CONDITIONS GENERALES "ACCIDENTS CORPORELS" QUI Y CORRESPONDENT :

- **RESILIATION APRES SINISTRE** : Article 10
- **PAYEMENT DES PRIMES** : Article 11 et Article 12
- **DESCRIPTION ET MODIFICATION DU RISQUE / DECLARATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE** : Article 13 et Article 14
- **MODIFICATION DES CONDITIONS D'ASSURANCES ET TARIFAIRES** : Article 15
- **DUREE/RENOUVELLEMENT/FIN DU CONTRAT** : Article 16, Article 17, Article 18 et Article 19
- **COMMUNICATIONS ET NOTIFICATIONS** : Article 21
- **RENVOI/ SURCHARGE** : Article 21
- **PLURALITE DE CONTRATS** : Article 23

OPTIONS D'ASSURANCE FACULTATIVES

I. ASSURANCE ACCIDENTS CORPORELS - MEMBRES-PRATIQUANTS

Faisant partie intégrante de la présente police et dès lors soumises aux conditions et dispositions en faisant l'objet, les options d'assurances mentionnées ci-après constituent une extension des garanties décrites à la Division I en matière de « Frais de traitement » et « Indemnité Journalières ». Ces options sont facultatives et peuvent être souscrites tant par la fédération pour le compte de tous ses membres-sportifs affiliés que par chaque club affilié en particulier pour ses membres-sportifs affiliés. La garantie qui relève de ces options est limitée aux lésions de sport occasionnées pendant et par le fait de la pratique des activités sportives principales assurées par les membres-sportifs. La fédération peut également souscrire ces options pour le compte de ses arbitres officiels pour les accidents dont ils sont victimes pendant et par le fait de l'arbitrage des compétitions officielles pour lesquelles ils ont été désignés par la fédération. En ce qui concerne les arbitres, les options de garanties sont également acquises pour le cas où, pendant l'arbitrage de la compétition, ils seraient victimes d'une agression.

Option 1

Garanties complémentaires dans le cadre des prestations reconnues par l'INAMI et reprises dans la nomenclature INAMI officielle

Au maximum jusqu'à concurrence du montant assuré forfaitaire convenu, la compagnie accorde sa garantie dans cette option en complément de la garantie en matière de "Frais de traitement" définie à la Division I pour :

- La différence entre, d'une part, les frais et honoraires réclamés pour des prestations reconnues par l'INAMI et reprises dans la nomenclature INAMI officielle et, d'autre part, le tarif INAMI officiel pour ces prestations, au cas où les prestataires de soins dépasseraient ce tarif. Cette extension de garantie ne s'applique cependant pas à la physiothérapie ni à la kinésithérapie et, en ce qui concerne les jours d'hospitalisation, ne s'applique pas aux excédents du prix officiel de séjour en salle commune. Cette extension de garantie est toujours limitée par prestation à un dépassement de maximum **50%** du barème officiel INAMI. Pour ce qui concerne les prestations reconnues par l'INAMI et reprises dans la nomenclature INAMI officielle, pour lesquelles il n'existerait pas de tarif, l'intervention de la mutuelle est considérée comme représentant **100%** du tarif INAMI.
- Toute prestation médicale reconnue par l'INAMI et reprise dans la nomenclature officielle INAMI, pour laquelle un blessé n'a pas droit à l'intervention de sa mutuelle en vertu d'une réglementation introduite dans la loi INAMI à l'égard des assurés INAMI obligatoires, et/ou libres en règle. Cette disposition ne s'applique pas aux prothèses dentaires pour lesquelles un remboursement est prévu à la Division I pour chaque assuré.
- Les médicaments reconnus par l'INAMI et repris dans la nomenclature INAMI officielle pour lesquels les barèmes des interventions de la mutuelle ne prévoient pas d'intervention.
- Les bandages, pansements et braces reconnus par l'INAMI et repris dans la nomenclature INAMI officielle, pour lesquels les barèmes de remboursements de la mutuelle ne prévoient pas d'intervention : la compagnie garantit jusqu'à concurrence de maximum € 25- par fourniture et de maximum € 75- par accident le remboursement desdits bandages, pansements et braces, pour autant que leur acquisition soit prescrite par un médecin dans le cadre de l'accident. Il est précisé que sous le vocable "bandages" sont compris les plâtres.

◆ Remarques : ne sont pas garantis par la présente option :

- Les prestations non reconnues par l'INAMI et non reprises dans la nomenclature INAMI officielle (pas davantage couvertes par la police de base).
- Les prestations reconnues par l'INAMI et reprises dans la nomenclature INAMI officielle concernant les matériaux divers pour lesquels les barèmes des interventions de la mutuelle ne prévoient pas d'intervention (pas davantage couvertes par la police de base).

En ce qui concerne ce type de frais, certaines solutions sont prévues via les options 2 et 3 ci-dessous.

Option 2

Les interventions médicales non reconnues par l'INAMI et non reprises dans la nomenclature INAMI officielle

Au maximum jusqu'à concurrence du montant assuré forfaitaire convenu, la compagnie garantit dans cette option le remboursement des honoraires pour des interventions médicales non prévues dans la nomenclature INAMI officielle prodiguées en vue du rétablissement de la santé par des prestataires de soins légalement reconnus.

Etant donné qu'il s'agit en l'occurrence de prestations non reconnues par l'INAMI et qui n'entrent pas en ligne de compte pour des interventions de la mutuelle, elles devront toujours faire l'objet d'une demande d'autorisation préalable.

Dans ce contexte, il est fait référence aux dispositions reprises dans l'article "Demandes d'autorisation" faisant partie de la Division I –alinéa C "Frais de traitement".

Pour la présente option de garantie, une franchise spéciale est prévue comme précisé plus loin.

La franchise vient en déduction de la partie des frais de traitement entrant en ligne de compte pour le remboursement par la compagnie conformément aux dispositions contractuelles.

Les coûts doivent être raisonnables et normaux, ce qui veut dire d'une part que les prestations prodiguées doivent être en concordance avec ce qui peut être considéré comme des prestations habituelles par rapport aux lésions encourues et d'autre part que les honoraires pour ces prestations doivent correspondre à un niveau de prix appliqué pour des prestations similaires par la plupart des prestataires de soins ayant les mêmes qualifications.

Les tarifs de prestations équivalentes reprises dans le barème INAMI sont pris comme référence.

Option 3

Indemnité journalière forfaitaire en cas d'hospitalisation (e. a. en compensation des frais non remboursables par les couvertures à caractère indemnitaire)

■ Introduction

Les frais restant à charge du patient à l'occasion d'une hospitalisation consistent pour une large part en fournitures et matériaux non repris dans la nomenclature INAMI officielle ou, lorsqu'ils y sont repris, pour lesquels il n'y a pas d'intervention de la mutuelle.

L'importance des montants à suppléer est variable et très difficile à chiffrer d'avance. La présente option a été insérée pour résoudre ce problème.

Cette option prévoit une indemnité journalière forfaitaire payable par jour d'hospitalisation dans une institution hospitalière officiellement reconnue.

La couverture est acquise sans qu'il soit nécessaire de fournir une preuve de perte de revenus ou de présenter des factures d'hospitalisation et en outre sans qu'il soit tenu compte des interventions dans les frais d'hospitalisation de la part de la mutuelle ou des interventions en vertu de la présente police (sous la garantie "**Frais de traitement**") ou d'autres polices d'assurances couvrant le même risque.

En effet, en cas de concours d'une assurance à caractère indemnitaire et de la présente option de garantie à caractère forfaitaire, la situation est telle que même si la garantie indemnitaire remboursait la quasi-totalité des frais d'hospitalisation, l'indemnité journalière forfaitaire assurée par cette option est toujours réglée intégralement au-delà de cette intervention sur base indemnitaire.

■ Garanties

Jusqu'à concurrence du montant assuré convenu, la compagnie garantit une **indemnité journalière forfaitaire** payable au cas où un assuré, à la suite d'un accident de sport assuré sous la Division I, devrait être hospitalisé dans une institution hospitalière.

L'indemnité journalière forfaitaire est payable par jour d'hospitalisation, depuis le premier jusqu'au dernier jour faisant l'objet de la période d'hospitalisation due à un accident de sport assuré, sans toutefois pouvoir dépasser une période de **120 jours d'hospitalisation** par accident.

■ **On entend par “jour d’hospitalisation” :**

Une admission de 24 heures à la suite d’un accident de sport assuré.

Une admission de moins de 24 heures dans une institution hospitalière n’est acceptée que si elle comporte un séjour de nuit.

Le nombre de jours d’hospitalisation assurés est donc calculé sur la base du nombre de jours d’hospitalisation avec séjour de nuit.

■ **On entend par “institution hospitalière” :**

La clinique ou l’institution qualifiée pour pratiquer les actes et traitements requis auprès de malades ou d’accidentés et possédant l’autorisation administrative locale à cette fin, ainsi que le personnel nécessaire à cet effet.

La limite d’intervention de **120** jours d’hospitalisation s’applique par accident de sport survenu au cours de l’année d’assurance.

Pour être garantie, l’hospitalisation doit se situer dans les **75** semaines suivant la date de l’accident.

Le nombre de jours d’hospitalisation cumulé en cas de rechute ou de réadmission à l’hôpital à la suite du même accident reste limité dans tous les cas à **120** jours d’hospitalisation assurés.

• **Extension de garantie**

En cas de périodes d’hospitalisation de **6 jours et moins** dues à un accident de sport assuré, l’allocation de l’indemnité journalière assurée est **doublée pour les trois premiers jours** d’hospitalisation, compte tenu des dispositions suivantes en cas de rechute ou de réadmission à l’hôpital à la suite du même accident :

- Si l’indemnité journalière doublée a été allouée à la suite de l’accident de sport original, cette indemnisation supplémentaire est portée en déduction des indemnités dues pour les jours d’hospitalisation consécutifs à la rechute ou à la réadmission à l’hôpital à la suite du même accident lorsque le total cumulé des jours d’hospitalisation à indemniser vient à dépasser cette limite de **6** jours.

Option 4

Rachat de la franchise - Division I

Cette option offre la possibilité de racheter la franchise contractuelle en matière de “Frais de traitement” prévue le cas échéant dans la Division I, afin que cette franchise ne soit d’application. Cette possibilité de rachat ne s’applique pas à la franchise prévue en matière de prestations de physio- et kinésithérapie.

B. INDEMNITES JOURNALIERES

Option 5 (a et b)

Par la voie de ces options, le montant de l’indemnité journalière forfaitaire prévue dans la couverture de base (Division I) peut être majoré.

Les sommes forfaitaires mentionnées dans ces options remplacent la somme forfaitaire prévue en matière d’indemnité journalière dans la couverture de base.

■ **OPTIONS DE GARANTIES ET SURPRIMES (BRUTES) PAR MEMBRE, TAXES ET FRAIS COMPRIS**

O P T I O N S	GARANTIES FORFAITAIRES	O P T I O N S	SURPRIMES PAR MEMBRE
	FRAIS DE TRAITEMENT		
1.	<u>Garanties :</u> a) € 250,00-		<i>COMPRIS</i>
	b) € 500,00- excédent € 250,00- = total : € 750,00-		€ 0,30-
2.	Remboursement d’interventions médicales non reprises dans le barème INAMI • max. € 250,00- par accident • max. € 62,00- par intervention <u>Franchise contractuelle par accident : € 25,00-</u>	2.	€ 0,83-
	<u>Indemnité journalière en cas d’hospitalisation :</u> a) € 25,00- par jour d’hospitalisation b) € 50,00- par jour d’hospitalisation c) € 75,00- par jour d’hospitalisation		3.
4.	Rachat de la franchise de € 62,00- prévue dans la Division I.	4.	<i>PAS DE FRANCHISE</i>
	INDEMNITE JOURNALIERE		<i>Uniquement seniors et dames</i>
5.	a) € 5,60- par jour b) € 8,70- par jour	5.	<i>COMPRIS</i> b) €

C. PERCEPTION DES SURPRIMES

Pour la perception des surprimas, les mêmes conditions que celles reprises dans la Division II sont d’application.

Convention en vigueur :

- Les primes sont payables par le biais de la fédération.
- Les primes ayant trait aux options souscrites par les clubs sont payables par ces derniers.

D. OPTIONS SOUSCRITES PAR LA FEDERATION POUR LE COMPTE DE TOUS SES MEMBRES-SPORTIFS

La fédération souscrit les options : - **1 a) et 5 a) -**

La surprime par membre qui en découle est ajoutée à la prime de base fixée à la Division II et est perçue en même temps que celle-ci.

E. DISPOSITIONS SPECIALES

- *N E A N T.*

OPTIONS D'ASSURANCE FACULTATIVES

II. ASSURANCE ACCIDENTS CORPORELS - AIDES BENEVOLES

■ Introduction

La couverture de la police groupe peut être étendue par la présente option dans les limites des conditions générales et particulières de la police aux accidents corporels survenus à des membres de club qui, comme aides bénévoles exécutent à la demande de leur club des missions à caractère **non-officiel** en rapport avec les activités organisées par le club, comme précisé plus loin et ce pendant et par le fait de l'accomplissement des dites missions. (Pour ce qui concerne les missions à caractère **officiel** il est renvoyé à la Division II - Membres non-pratiquants)

■ Les garanties assurées

Les garanties assurées s'appliquant à la présente extension de couverture sont celles reprises dans la Division I - Accidents corporels .

■ Quelles sont les missions qui tombent sous l'application de la présente option d'assurance complémentaire et qui en conséquence sont considérées comme missions assurées ?

- a) Les missions doivent être données par le club-preneur d'assurance de cette extension de couverture.
- b) Les missions doivent être en rapport avec l'organisation des activités assurées par la police groupe organisées par le club-preneur d'assurance et sont, tenant compte de et selon le type de la discipline sportive organisée, limitées comme suit :
 - 1) Installations de club où le sport est organisé :
 - Tonte du gazon
 - La pose des lignes de marquage
 - Petit entretien des installations sportives dans le but d'en maintenir la praticabilité pour l'exercice des activités sportives assurées par les membres.
 - Déplacer, mettre en place, ranger le matériel sportif utilisé pour la pratique par les membres des activités sportives assurées par la police, aux endroits où ces activités sont organisées par le club-preneur d'assurance.
 - 2) Locaux du club :
 - Nettoyage des vestiaires et de la cantine.
 - 3) Aide dans la cantine du club :
 - Servir, recevoir, débarasser, faire la vaisselle, aider à la préparation des aliments et boissons.
 - 4) Lors de matches : *-missions à caractère non-officiel-*
 - Surveillant, contrôleur, vendeur de tickets relativement au public présent.
- c) Sont exclus :
 - Toutes les activités pouvant être considérées comme l'exercice d'une profession pour laquelle il existe une formation professionnelle spécifique et pour laquelle sont exigées une expérience et de connaissances professionnelles.
 - Toutes les personnes qui pour leur prestations au sein du club tombent sous l'application de la loi sur les accidents du travail, sauf si l'exécution des missions assurées par la présente police n'était pas comprise dans leur contrat de travail et constituait une activité annexe bénévole.

■ Modalités d'application

Quelles sont les formalités à observer ?

- Le nombre d'aides bénévoles tombant sous l'application de la police est fixé forfaitairement en fonction du nombre total de membres affiliés au club-preneur d'assurance, aussi bien membres sportifs que non-sportifs. Jusqu'à 30 membres le nombre d'aides bénévoles forfaitairement autorisé est fixé à 10 personnes. Par tranche supplémentaire de 30 membres un complément de 5 aides bénévoles est chaque fois ajouté au nombre autorisé jusqu'à maximum 30.
- Pour faire assurer les aides bénévoles il y a lieu de faire parvenir à la compagnie un formulaire d'assurance mis à la disposition par cette dernière reprenant les renseignements suivants :
 - la liste nominative des aides bénévoles à assurer précisant la répartition des tâches pour chacun d'entr'eux ;
 - nombre de membres affiliés au club ;
 - la prime due à appliquer.

La couverture est simultanée avec le reste de la police groupe, avec la même date d'échéance annuelle.

La couverture est acquise pour autant que la prime soit réglée. Pour ce qui concerne les paiements de prime il est renvoyé aux dispositions à cet effet reprises dans la Division II .

■ La prime

Les primes forfaitaires sont fixées par tranche sur base du **nombre de membres**.

Il s'agit de primes minimales dues indépendamment du nombre d'activités accomplies dans le courant d'une année d'assurance de police. Pour la première tranche de maximum 30 membres (max. 10 aides bénévoles) la prime s'élève forfaitairement à **€ 50,00-** (taxes & frais compris). Pour les tranches suivantes de maximum 30 membres (par tranche un complément de maximum 5 aides bénévoles) la surprime s'élève chaque fois à **€25,00-** (taxes & frais compris). La prime maximum par club ou 150 membres et plus (max. 30 aides bénévoles) s'élève à **€ 150,00-** (taxes & frais compris).

- Présentation schématique :

Nombre des membres de club Sportifs et non-sportifs	Prime forfaitaire s'y rapportant (taxes & frais compris)	Nombre maximum autorisé d'aides bénévoles
30	€ 50,00-	10
60	€ 75,00-	15
90	€ 100,00-	20
120	€ 125,00-	25
150 et plus	€ 150,00-	30

**AUTRES COUVERTURES D'ASSURANCES
ENTRANT EN LIGNE DE COMPTE**

■ **Introduction**

Les polices d'assurance suivantes sont également évoquées.
Ces polices, si on le souhaite, peuvent être conclues séparément via ARENA .

A. COUVERTURES "R.C." NE FAISANT PAS PARTIE DE LA PRESENTE POLICE

- La responsabilité personnelle des administrateurs d'A.S.B.L. pour ce qui concerne les fautes de gestion d'ordre administratif et/ou financier.
- La R.C.-Exploitation se rapportant à :
 - un siège administratif
 - une cantine / un foyer de club
 - installations pour la pratique d'un sport
- La R.C. vis-à-vis de tiers dans les polices "Incendie" et périls connexes.
- L'assurance obligatoire de la responsabilité objective en cas d'incendie ou d'explosion.

B. ASSURANCES "VOYAGES" ET "ASSISTANCE VOYAGE"

Pour autant que la fédération ait conclu une assurance "Assistance voyage" spéciale via ARENA dans le prolongement de la présente police, les clubs et membres affiliés qui partent en voyage peuvent souscrire une couverture d'assurance facultative à cet effet par le canal de cette police.
Cette police les assure alors non seulement contre les accidents survenus à l'occasion du voyage lors de la pratique des activités sportives assurées mais 24/24 hrs. y compris les maladies.

1. Couverture complète

Toute garantie classique se rapportant à des assurances "Assistance voyage" est couverte.

Les garanties assurées sont :

a) Assurance accidents et soins de santé

- Décès accidentel / Invalidité permanente / Frais médicaux.

En ce qui concerne les frais médicaux les maladies sont comprises dans la garantie de **€ 125.000,00-** (Franchise : **€ 125,00-**).

b) Assistance voyage

- Transport au centre médical.
- Rapatriement du corps en cas de décès.
- Retour anticipé en cas de décès d'un parent.
- Envoi d'un médecin sur place.
- Envoi des médicaments indispensables et introuvables sur place.
- Mise à disposition d'un billet pour un proche.
- Rapatriement au domicile.
- Remboursement des frais de cerceuil.
- Prise en charge des frais de séjour à l'hôtel.

c) Perte ou vol de bagages

d) Responsabilité civile

2. Couverture limitée

Cette couverture est limitée aux frais relatifs à un "**rapatriement organisé**".

C. PROTECTION JURIDIQUE

1. Objet de la couverture

En cas de litige extra-contractuel survenu à l'occasion d'un événement couvert par la garantie "Responsabilité Civile" telle que prévue dans la police dans le cadre des activités sportives principales assurées :

- le recours civil pour tout dommage encouru par l'assuré ;
- la défense pénale de l'assuré lors de poursuites pour infractions ;
- la défense administrative de l'assuré ;
- le recours civil dans le cadre de l'article 29bis de la loi du 21.11.1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs (au cas où les garanties de police "Responsabilité Civile" comprennent les risques de circulation) .

2. Prestations assurées

A condition que le montant du litige atteigne au moins € 125,00- (porté à € 1.250,00- pour ceux soumis à la Cour de Cassation) et indépendamment des frais des services du Gestionnaire , exposés pour gérer à l'INAMIable le sinistre, la compagnie prend en charge :

- Jusqu'à un montant maximum de € 6.200,00- par sinistre, quel que soit le nombre d'assurés impliqués :
- Les coûts pour la défense des intérêts juridiques de l'assuré dans le cadre des garanties prévues telles que :
 - les honoraires et les frais d'avocat , d'huissier de justice , d'expert , ;
 - les frais de procédure qui restent à charge de l'assuré, y compris les frais afférents à l'instance pénale ;
 - les frais d'une procédure d'exécution par titre exécutoire .

Tout ensemble de litiges ou différends qui sont liés est considéré comme un seul sinistre, quel que soit le nombre d'assurés sollicitant le bénéfice de la garantie du contrat.

D. LES ASSURANCES QUI ENTRENT EN LIGNE DE COMPTE LORS D'ORGANISATIONS OCCASIONNELLES

Lorsque pour l'organisation d'une activité unique, p.e. une soirée dansante, une mangerie ou une festivité, **une salle ou bâtiment est loué ou utilisé** il convient de tenir compte des assurances suivantes :

- **Assurance "Incendie" de l'immeuble loué ou utilisé :**
La solution la plus évidente est de stipuler un "abandon de recours" dans la police d'assurance du propriétaire et de payer la surprime éventuelle. Dans ce cas c'est la police du propriétaire qui assure le risque aussi bien du fait du propriétaire que du locataire.
- **R.C.-Exploitation en tant qu'organisateur :**
Pour dommages causés à des tiers.
- **Assurance "Tous Risques" :**
Pour ce qui concerne le matériel loué ou utilisé comme p.e. une installation de musique.
- **R.C. "Objets confiés" :**
Pour ce qui concerne les dégâts (autres qu'incendie) causés à l'immeuble loué et le matériel fixe s'y trouvant.
- **Assurance obligatoire de la responsabilité objective en cas d'incendie ou d'explosion :**
L'exploitant de la salle a-t-il souscrit une pareille police d'assurance et s'applique-t-elle également à l'activité organisée ?