



# LIVRE B ANNEXE 1 ASSURANCES



# TABLE DES MATIÈRES

<b>1</b>	<b>Assurances</b> .....	<b>3</b>
1.1	Principes généraux.....	3
1.2	Bénéficiaires .....	3
1.3	Critères d'intervention .....	4
1.3.1	Définition d'un accident.....	4
1.3.2	Conséquences admises d'un accident .....	4
1.3.3	Conséquences non admises d'un accident .....	5
1.3.4	Lieu de l'accident.....	5
1.4	Procédure administrative.....	6
1.4.1	Communication de l'accident.....	6
1.4.2	Pièces justificatives.....	6
1.5	Interventions .....	6
1.5.1	Interventions possibles .....	6
1.5.2	Intervention dans les frais.....	7
1.5.3	Règlement pour perte de rémunération et manque à gagner .....	8
1.5.4	Indemnité pour décès .....	9
1.5.5	Indemnité pour invalidité permanente.....	9
1.5.6	Fin d'intervention et certificat de guérison .....	10
1.6	Paiements.....	10
1.6.1	Mode de paiement.....	10
1.6.2	Délai de paiement.....	10
1.6.3	Remboursement des interventions allouées par l'assureur .....	11
1.6.4	Subrogation .....	11
1.7	Polices d'assurance .....	11
1.7.1	EXTRAIT DES CONDITIONS PARTICULIERES POUR LES MEMBRES ET LES NON-MEMBRES 11	
1.7.2	EXTRAIT DES CONDITIONS PARTICULIERES POUR LES MEMBRES CONTRACTUELS .....	13
1.7.3	CONDITIONS GENERALES .....	14

# 1 ASSURANCES

## 1.1 PRINCIPES GÉNÉRAUX

### Article 1

La fédération a souscrit les garanties auprès de la compagnie d'assurance ARENA, sous les n° de contrats suivants:

- RC 1.116.531/A (membres), RC 1.116.531/B (non-membres) et RC 1.116.531/C (contractuels)
- AC 1.116.530/A (membres), AC 1.116.530/B (non-membres) et AC 1.116.530/C (contractuels)

Ces garanties ont été convenues, couvrant ainsi:

- 1° les dommages causés aux tiers (RC = responsabilité civile)
- 2° les dommages corporels (AC = accidents corporels)

### Article 2

Ce chapitre règle l'application des polices d'assurance reprises en annexe (et leurs modifications futures).

## 1.2 BÉNÉFICIAIRES

### Article 3

Tout membre affilié à l'URBSFA, ainsi que tout non-membre lors de sa participation à des activités de promotion du sport organisées par la fédération et/ou ses clubs affiliés, peut bénéficier des garanties de cette assurance.

- 1° Les joueurs affiliés à l'URBSFA, assujettis ou non à la sécurité sociale en leur qualité de joueur, prenant part comme titulaires ou remplaçants à un match et tous ceux qui participent à un entraînement visé par le présent règlement. Toutefois, les joueurs rémunérés qui, conformément à leur statut, peuvent bénéficier de l'assurance contre les accidents de travail n'entrent pas en ligne de compte pour un remboursement des frais médicaux, ni pour les indemnités en cas d'incapacité de travail permanente, ni pour les indemnités en cas de décès.
- 2° Les arbitres et autres affiliés à l'URBSFA, spécialement délégués par celle-ci pour prendre part, directement ou indirectement, à des matches de football et à des entraînements.
- 3° Les arbitres occasionnels.
- 4° Les membres des instances fédérales qui sont appelés à assister à une réunion ou à effectuer une mission fédérale.
- 5° Les affiliés non-joueurs délégués par les clubs à l'exercice de fonctions officielles, à condition que leur nom figure sur la feuille de match.
- 6° Les médecins, kinésithérapeutes, soigneurs et entraîneurs bénévoles, à condition qu'ils soient affiliés à l'URBSFA.
- 7° Les stewards d'un club, affiliés à l'URBSFA et valablement affectés à un club, qui assistent le service d'ordre à l'occasion d'un match.
- 8° Les volontaires, affiliés à l'URBSFA et affectés à un club, qui apportent à ce dernier leur aide dans des activités se déroulant dans l'enceinte du stade, à l'exception de toutes

manifestations extra-sportives. Les activités sportives doivent se dérouler à l'occasion des matches et des entraînements.

## 1.3 CRITÈRES D'INTERVENTION

### 1.3.1 Définition d'un accident

#### Article 4

L'accident, au sens du présent règlement, est le dommage causé par l'action soudaine ou fortuite d'une force extérieure étrangère à la volonté de la victime.

### 1.3.2 Conséquences admises d'un accident

#### Article 5

Les conséquences suivantes sont admises par l'assureur:

- 1° Les lésions résultant d'efforts de toute nature, les lumbagos, tours de reins, coups de fouet, crampes, déchirures musculaires, ruptures tendineuses et empoisonnement du sang lorsque celui-ci résulte d'une blessure pour laquelle l'assureur intervient.
- 2° Les lésions encourues au cours d'un match amical non annoncé. Toutefois, dans ces cas, le montant de cette intervention est récupéré via le compte courant du club organisateur de la rencontre.
- 3° Les lésions encourues lors d'un entraînement ou d'un match dans un club pour lequel le joueur n'est pas qualifié, sans avoir l'accord de son club d'affectation. Toutefois, dans ces cas, le montant de cette intervention est récupéré via le compte courant du club qui a employé les services du joueur.
- 4° Les dégâts corporels et/ou matériels de l'arbitre qui dirige un match amical non annoncé. En ce cas, le montant de l'intervention est récupéré via le compte courant du club organisateur.
- 5° Les coups, les blessures, les dommages corporels et/ou matériels provenant de rixes ou agressions qui découlent des risques normaux d'un match, à l'exception des dommages encourus par l'agresseur lui-même.
- 6° Les maladies et infections qui résultent directement d'un accident, d'une gelure, d'une insolation, d'hydrocution.
- 7° Les morsures d'animaux ou piqûres d'insectes et leurs conséquences.
- 8° L'apparition soudaine d'accidents vasculaires cérébraux (accident vasculaire cérébral), une crise cardiaque aigüe, des troubles du rythme cardiaque ou un infarctus sont assimilés à un accident corporel. Cette extension est d'application pour les membres affiliés, à l'exception des joueurs rémunérés.

S'il est établi que l'état de santé antérieur du blessé a aggravé sa blessure ou compliqué le traitement à suivre, une intervention n'a lieu que sur base d'une évolution normale des lésions chez un individu sain de corps et d'esprit.

### 1.3.3 Conséquences non admises d'un accident

#### Article 6

les conséquences suivantes ne sont pas admises par l'assureur:

- 1° Les faiblesses, refroidissements, congestions, infections du sang, attaque d'épilepsie et autres affections analogues, ainsi que leurs suites.
- 2° Les hernies ou les occlusions intestinales, quelles que soient leurs causes. Par hernies exclues, il faut entendre la hernie de faiblesse au sens médical du terme et ne trouvant pas ses causes dans l'accident lui-même.
- 3° Les suites d'une intervention chirurgicale qui n'ont pas de lien causal avec l'accident.
- 4° Les varices ou les lésions aux tissus affectés par les varices.
- 5° Les tendinites, pubalgies et autres lésions qui ne sont pas post-traumatiques.
- 6° L'accident provoqué par l'état d'ivresse ou d'intoxication alcoolique d'au moins 0,50 gr./litre ou sous l'influence de drogue ou autre stupéfiant, sauf si la victime démontre l'absence de relation avec cet état.
- 7° Les blessures encourues par les joueurs qui participent à un match ou à un entraînement, découlant du port de lunettes. Toutefois, les blessures causées par ou à autrui du fait de ce port de lunettes sont prises en charge dans les limites de l'Art. 26.
- 8° Les blessures causées par un produit de marquage qui ne répond pas aux critères du règlement fédéral.
- 9° Les blessures ou décès occasionnés par l'usage de buts mobiles non conformes aux critères fixés dans le règlement fédéral.

### 1.3.4 Lieu de l'accident

#### Article 7

L'accident doit se produire sur le terrain, dans la salle ou à l'endroit où l'organisation a lieu, dans la zone neutre, dans les vestiaires ou sur le chemin qui mène des vestiaires au terrain et vice-versa.

Sont également couverts, les accidents de tous les membres qui se produisent sur le trajet le plus direct entre le domicile et le lieu de l'organisation et vice-versa, mais uniquement lors d'un trajet accompli dans le délai le plus court tenant compte du moyen de locomotion utilisé et ce pour autant qu'ils ne bénéficient pas d'une intervention de la part d'un tiers-responsable ou d'un assureur.

Les membres ne sont pas couverts sur le trajet si le moyen de locomotion utilisé est une moto ou un vélomoteur d'une cylindrée supérieure à 50 cc.

Les stewards peuvent bénéficier d'une intervention pour les accidents, agressions ou incidents qui se produisent sur les lieux où ils doivent se trouver en vue de l'exercice effectif de leur activité. Les dispositions de l'Art. 25 et 26 relatives au remboursement et à la subrogation restent d'application.

## 1.4 PROCEDURE ADMINISTRATIVE

### 1.4.1 Communication de l'accident

#### Article 8

Tout accident doit être constaté par un médecin et communiqué, à peine de déchéance, dans les vingt et un jours après l'accident au service « Accidents » de l'URBSFA par le correspondant qualifié du club. Cette communication s'effectue, à peine de nullité, au moyen du formulaire fourni par la fédération.

La communication d'un décès résultant d'un accident doit se faire endéans les vingt-quatre heures.

### 1.4.2 Pièces justificatives

#### Article 9

L'assureur se réserve le droit d'exiger la production de toute pièce justificative qui lui paraît nécessaire, tant en ce qui concerne la réalité du dommage invoqué que le fait dont il découle.

Les pièces requises pour la gestion du dossier des affiliés sont transmises au service « Accidents » par le correspondant qualifié du club.

En cas de décès, l'assureur se réserve le droit de subordonner son intervention à la pratique d'une autopsie.

A moins que la demande ne soit adressée par le club tendant à tenir le dossier ouvert, tous les documents et/ou demandes, qui parviennent au service « Accidents » plus de deux ans après la réception de la communication de l'accident, ne sont plus pris en considération. En revanche, un dossier peut toujours rester ouvert ou être rouvert mais uniquement dans les cas suivants:

- accidents ayant entraîné des problèmes dentaires;
- enlèvement du matériel de synthèse;
- plainte en justice ou constitution en partie civile;
- les cas graves sur base de pièces probantes.

Le dossier reste ouvert jusqu'à la consolidation des lésions uniquement pour ce qui concerne les cas d'invalidité permanente, et ce dans un délai de 3 ans à partir de la date de l'accident.

## 1.5 INTERVENTIONS

### 1.5.1 Interventions possibles

#### Article 10

Sous réserve de l'application des dispositions de l'Art. 25 et 26, l'assureur peut prendre en charge, en tout ou en partie, les interventions suivantes:

1° Frais:

- a) les frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation et autres du même ordre;
  - b) les frais de déplacement nécessitant un transport en ambulance, sous déduction éventuelle de l'intervention de la mutuelle. Une attestation médicale est toutefois requise.
- 2° Indemnités compensatoires:
- a) en cas de rémunération perdue ou de manque à gagner, par suite d'une incapacité de travail résultant d'un accident tel que défini par le présent règlement;
  - b) en cas d'invalidité permanente ou de décès.
- 3° Dommages matériels : En cas d'incidents, une intervention dans des dommages matériels à l'exception de ceux occasionnés à un moyen de locomotion personnel utilisé par l'intéressé peut être octroyée.
- 4° Frais d'enquête : Une intervention éventuelle jusqu'à concurrence d'un maximum de 2.480,00 EUR peut être obtenue dans les frais et honoraires d'enquêtes, d'expertises, de tentatives de conciliation, d'assistance d'avocats, de procédures devant toute juridiction en vue de la récupération de frais et/ou dommages qui restent à charge du sinistré, pour autant:
- a) qu'il s'agisse de rixes ou agressions dirigées contre un membre d'une instance fédérale, un arbitre ou un assistant-arbitre officiel ou occasionnel et ayant causé un préjudice certain, admis comme tel par le Conseil d'Administration;
  - b) que le Conseil d'Administration décide de faire entamer ou poursuivre une procédure en récupération, d'interjeter appel, de se pourvoir en cassation etc.;
  - c) que l'intéressé accepte de faire plaider sa cause par un avocat désigné par le Conseil d'Administration.
- Les dispositions relatives à la subrogation sont d'application.

Une franchise de 11,50 EUR indexée annuellement est d'application par dossier.

## 1.5.2 Intervention dans les frais

### **Article 11**

L'assureur peut accorder des interventions en matière de frais médicaux, pharmaceutiques, de kiné-physiothérapie et autres du même ordre. Toutefois, il intervient dans la différence entre le barème officiel des honoraires et prix, tel qu'il résulte de l'application de la nomenclature des prestations de santé en exécution de la législation relative à l'AMI d'une part et l'intervention de l'assureur légal (mutuelle) d'autre part et selon les modalités prévues ci-après.

### **Article 12**

L'intervention dans les frais de kiné-physiothérapie n'est allouée que dans les limites suivantes:

- 1° L'autorisation préalable de l'assureur est requise. L'intervention est allouée à partir de la date figurant sur l'attestation du médecin traitant. Elle ne peut toutefois débuter à une date antérieure à l'avant-veille de la date de réception de la demande d'autorisation. En revanche, en cas de fracture d'un membre ou ligamentoplastie, l'assureur intervient avec ou sans autorisation préalable.
- 2° Si l'inactivité sportive est inférieure à 15 jours, aucune intervention n'est allouée par l'assureur.
- 3° L'assureur ne rembourse qu'une séance de kiné-physiothérapie par jour.

- 4° L'assureur n'est en aucun cas tenu de se ranger à l'avis de la mutuelle pour la prise en charge d'un traitement.
- 5° L'intervention maximale en nombre de prestations est limitée à 60 séances par accident et par an, sauf accord du médecin désigné par l'assureur.

#### **Article 13**

Pour les frais de prothèse dentaire, l'assureur intervient à concurrence d'un maximum de 150,00 EUR par dent remplacée, avec un maximum de 600,00 EUR par accident. Toutefois, si les honoraires réclamés n'atteignent pas cette somme, l'intervention se limite au montant versé au prestataire des soins.

#### **Article 14**

Pour les frais de plâtre synthétique, l'assureur rembourse le montant qui, après intervention de l'organisme assureur, incombe au blessé. Cette intervention est toutefois limitée à trois fois le montant remboursé par l'AMI pour ce type de plâtre.

#### **Article 15**

Pour les frais de matériel implanté pendant une hospitalisation (frais de matériel d'ostéosynthèse, tissus d'origine humaine et autres), l'assureur intervient à concurrence de 90 % du montant qui, après intervention de l'organisme assureur, incombe au blessé. Pour ce faire, l'assureur peut requérir du blessé une attestation mentionnant l'intervention précise de sa mutuelle (assurance obligatoire et libre).

#### **Article 16**

Pour les frais d'hospitalisation (pharmaceutiques et autres), l'assureur intervient à concurrence de 50 % des frais afférents à l'hospitalisation qui restent à charge des patients, pour autant que lesdits frais ne soient pas directement ou indirectement de leur fait ou d'un choix qu'ils ont fait, d'une part, ou ne constituent pas un supplément aux honoraires d'un prestataire non conventionné, d'autre part.

#### **Article 17**

Si le blessé est assujéti à l'AMI sans bénéficier des interventions de la mutuelle parce qu'il est en période de stage, l'assureur procède au paiement sur base du barème officiel des prestations de l'AMI ainsi que, le cas échéant, sur base d'éventuelles dispositions particulières prévues par le présent règlement.

#### **Article 18**

Lorsque le blessé n'est pas en règle vis-à-vis de la législation en matière d'assurance-maladie-invalidité, le dossier n'est pas pris en considération.

### **1.5.3 Règlement pour perte de rémunération et manque à gagner**

#### **Article 19**

En cas de perte de rémunération et de manque à gagner suite à une incapacité totale de travail, l'assureur alloue les indemnités suivantes:

- 1° Si le blessé est assujéti à l'AMI sans bénéficier des interventions de sa mutuelle parce qu'il est en période de stage, l'assureur lui rembourse une indemnité journalière de 30 EUR à partir du huitième jour de l'incapacité de travail jusqu'à la fin du stage.



2° Si le blessé est joueur assujéti à la sécurité sociale en cette qualité, l'assureur rembourse au club qui a rémunéré le joueur, un montant de 16,25 EUR par jour, à partir du huitième jour jusqu'à la reprise des activités sportives, sans toutefois dépasser le cent quatre-vingtième jour qui suit l'accident.

Ces interventions ne sont allouées que sous réserve de la production d'une preuve de perte de rémunération ou d'un manqué à gagner réel.

Une indemnité n'est jamais allouée lorsque la victime est un étudiant ou un fonctionnaire ou, en général, à toute personne qui ne subit pas une perte de rémunération ou un manque à gagner réel.

### 1.5.4 Indemnité pour décès

#### **Article 20**

En cas de décès survenu à la suite d'un accident tel que défini par le présent règlement, l'intervention de l'assureur est fixée comme suit:

- 1° 8.500,00 EUR. si le (la) défunt(e) était célibataire sans enfants à charge;
- 2° 8.500,00 EUR. majorés d'un montant forfaitaire de 6.200,00 EUR par personne à charge (époux(se) ou enfant), si le (la) défunt(e) était marié(e) sans ou avec enfants à charge, co-habitant(e), divorcé(e) ou veuf(ve) avec un ou plusieurs enfants à charge, le montant maximal étant toutefois limité à 37.200,00 EUR.

Une intervention de l'assureur ne peut avoir lieu que si le décès survient dans un délai d'un an suivant l'accident, sauf si le blessé est resté sous traitement médical régulier pendant une durée plus longue.

### 1.5.5 Indemnité pour invalidité permanente

#### **Article 21**

L'assureur intervient en cas d'incapacité permanente totale ou partielle résultant d'un accident tel que prévu par le présent règlement.

- 1° En cas d'invalidité permanente totale, le montant alloué s'élève à 49.600,00 EUR.
- 2° En cas d'invalidité permanente partielle, le montant alloué est calculé comme suit:
  - pour une invalidité permanente de 1% jusqu'à et y compris 25 %, sur un montant de base de 35.000,00 EUR;
  - pour une invalidité permanente de 26% jusqu'à et y compris 50 %, sur un montant de base de 37.200,00 EUR;
  - pour une invalidité permanente de 51 % jusqu'à et y compris 79 %, sur un montant de base de 49.600,00 EUR;
  - pour une invalidité permanente de 80 % ou plus, l'indemnité correspond à celle allouée pour une invalidité permanente totale.

A peine de forclusion, toute demande d'indemnité pour invalidité permanente doit être introduite dans les six mois de l'envoi du certificat de consolidation.

Lors de l'introduction de la demande d'obtention d'une indemnité pour invalidité permanente, le médecin de la victime fera une proposition quant au degré d'invalidité permanente.

L'assureur peut accepter cette proposition ou désigner un autre médecin afin qu'il établisse une autre proposition.

En cas de résultats divergents, les deux médecins devront se concerter afin d'arriver à un consensus.

Le fait de ne pouvoir se livrer régulièrement à la pratique du football n'intervient pas dans l'évaluation du degré d'invalidité permanente.

L'assureur paie aux assurés la somme prévue dans les Conditions Particulières, au prorata du degré d'incapacité permanente, fixée selon le barème officiel belge des invalidités (BOBI), dès la survenance de la consolidation et au plus tard 3 ans après la date de l'accident.

### 1.5.6 Fin d'intervention et certificat de guérison

#### **Article 22**

L'assureur cesse d'intervenir de quelque manière que ce soit pour les frais ultérieurs à la reprise de l'activité sportive.

A défaut d'un certificat de guérison préalable, l'assureur n'intervient pas dans un accident ultérieur s'il n'est pas médicalement établi que l'accident initial était consolidé au moment de l'accident suivant.

## 1.6 PAIEMENTS

### 1.6.1 Mode de paiement

#### **Article 23**

Les interventions allouées à un arbitre ou à un membre d'une instance fédérale sont versées directement à l'intéressé.

Les interventions allouées aux autres assurés s'effectuent via l'inscription du montant au crédit de l'extrait de compte-courant du club auquel ils sont affectés ou pour lequel ils ont presté des services. Le club est tenu de faire parvenir au joueur le montant de l'intervention de l'assureur, sous déduction des avances éventuelles préalablement consenties. En cas de non-paiement de l'intervention de l'assureur au joueur, des dispositions peuvent être prises pour le paiement direct à ce dernier.

Les indemnités pour décès sont versées aux ayants droit, par l'entremise ou non d'un notaire ou d'un administrateur ad hoc.

### 1.6.2 Délai de paiement

#### **Article 24**

En principe, les montants sont payés globalement à la clôture du dossier.

Si les cas sont graves et/ou de longue durée, l'assureur peut, à la demande du club et sur production des pièces justificatives requises, allouer des interventions à titre provisionnel.

Les pièces justificatives peuvent être introduites sans attendre la reprise de l'activité sportive, à partir du moment où l'incapacité de travail atteint au moins un mois.

En aucune façon, les sommes attribuées ne sont productives d'intérêt en attendant leur versement.

### 1.6.3 Remboursement des interventions allouées par l'assureur

#### **Article 25**

L'assureur peut réclamer au bénéficiaire le remboursement des montants alloués à concurrence du montant maximal obtenu du responsable, de la sécurité sociale ou sur base de l'assurance accidents de travail.

Le remboursement dont question ci-dessus doit s'effectuer par virement à la Comptabilité générale dans les quinze jours de la réquisition de l'assureur. A défaut de s'exécuter, l'intéressé est radié des répertoires fédéraux s'il n'apure pas sa dette dans les huit jours qui suivent l'injonction qui lui est notifiée par le service financier de l'URBSFA. La sanction de radiation est publiée dans les organes officiels et peut être levée administrativement conformément aux dispositions du règlement fédéral.

Il n'y a pas lieu à restitution lorsque la deuxième indemnisation a été obtenue en exécution d'un contrat d'assurance souscrit en faveur de l'intéressé et où celui-ci est désigné en qualité de bénéficiaire.

### 1.6.4 Subrogation

#### **Article 26**

Lorsque l'assureur procède au paiement d'une intervention au profit d'un bénéficiaire, il est subrogé dans ses droits à l'égard du tiers responsable à concurrence de toutes les indemnités allouées par l'assureur, tant celles à caractère indemnitaire que forfaitaire.

## 1.7 POLICES D'ASSURANCE

#### **Article 27**

Les polices d'assurance suivantes ont été souscrites auprès d'ARENA.

### 1.7.1 EXTRAIT DES CONDITIONS PARTICULIERES POUR LES MEMBRES ET LES NON-MEMBRES

<b>Membres</b>	
Polices	
<b>A.C.</b>	<b>1.116.530 / A</b>

<b>Non-membres</b>	
Polices	
<b>A.C.</b>	<b>1.116.530 / B</b>

**R.C. 1.116.531 / A**

**R.C. 1.116.531 / B**

### **Garanties et montants assurés**

#### **ACCIDENTS CORPORELS**

La notion d'accident définie à l'article 8 des Conditions Générales est étendue à la défaillance cardiaque.

L'apparition soudaine d'accidents vasculaires cérébraux ( accident vasculaire cérébrale), une crise cardiaque aigüe, des troubles du rythme cardiaque ou un infarctus sont assimilés à un accident corporel.

Cette extension est uniquement d'application pour les membres affiliés et est garantie par la police 1.116.530 / DC.

Cette extension n'est pas acquise aux sportifs professionnels.

Décès	<b>MEMBRES</b>
➤ célibataire, sans enfants à charge	€ 8.500-
➤ marié (avec ou sans enfants à charge), co-habitant, divorcé ou veuf (avec 1 ou plusieurs enfants à charge)	€ 8.500-
Majoré d'un montant forfaitaire par personne à charge (époux/épouse ou enfant) cependant le montant total est limité à maximum	€ 6.200-
	€ 37.200-
<b>Invalidité Permanente</b>	
➤ jusqu'à 25%	€ 35.000-
➤ à pd 26% jusqu'à 50%	€ 37.200-
➤ à pd 51%	€ 49.600-
<b>Indemnité Journalière</b>	€ 30-

Cette indemnité journalière est payable pour autant qu'il y a preuve de perte de salaire et aucune indemnité en vertu d'une réglementation introduite dans la loi sur l'AMI à l'égard des assurés obligatoires et/ou libres AMI en règle, sans toutefois dépasser la somme assurée.

#### **Frais de traitement / Frais funéraires**

➤ Frais médicaux repris dans la nomenclature du tarif INAMI	100% dudit tarif
➤ Frais de prothèses dentaires	€ 150- max./dent € 600- max./accident
➤ Frais pour matériaux d'implantation	90% du montant restant à charge après intervention mutuelle

- Frais d'hospitalisation 50% des frais non-remboursés, surgit en dehors de la volonté de l'assuré
- Frais funéraires jusqu'à concurrence de maximum pour les membres de moins de 5 ans € 8.500-

Conformément l'article 12 des Conditions Générales

- Durée: 104 semaines
- Franchise: € 9,30- (cf. clause spéciale indexation)

## RESPONSABILITE CIVILE

Dommages Corporels € 2.500.000- par victime  
€ 5.000.000- par accident

Dégâts matériels € 625.000-

- Franchise: € 125- par accident

*Cette franchise n'est pas d'application pour les membres sportifs pendant des activités officielles de la fédération ou des clubs affiliés.*

### **Promotion du sport**

La couverture de la présente police d'assurance (garanties de base) est automatiquement acquise pour les non-membres participant à des activités de promotion du sport, organisées par le preneur d'assurance et ceci sans qu'aucune surprime est due.

### **Activités sportives accessoires et activités non-sportives**

Les jeux de plage et de forêt, courses en forêt et jogging sont automatiquement couverts lorsqu'ils sont organisés et gérés par un club affilié.

La pratique d'autres disciplines sportives et l'organisation d'activités non-sportives (bbq, soirées dansantes, soupers,...) peut être assurée par une extension des couvertures, moyennant paiement de la surprime due.

Dans ce cas, il y a lieu de consulter la compagnie ([arena@arena-nv.be](mailto:arena@arena-nv.be)).

## 1.7.2 EXTRAIT DES CONDITIONS PARTICULIERES POUR LES MEMBRES CONTRACTUELS

Polices

A.C. 1.116.530 / C

R.C. 1.116.531 / C

### **Dispositions spéciales**

Si le blessé, conformément à son statut, bénéficie des interventions en vertu des dispositions prévues par l'assurance obligatoire contre les accidents de travail, un montant de € 16,25- par jour sera attribué au club, à partir du 8<sup>ième</sup> jour jusqu'à la reprise des activités sportives, sans toutefois dépasser le 180<sup>ième</sup> jour qui suit l'accident.

## 1.7.3 CONDITIONS GENERALES

### **TABLE DES MATIERES**

#### **Notions**

##### **Assurance de la responsabilité civile**

- Objet de l'assurance
- Sommes assurées
- Cas de non-assurance

##### **Assurance individuelle contre les accidents corporels**

- Objet de l'assurance
- Description des garanties
  - Décès
  - Incapacité permanente
  - Incapacité temporaire
  - Frais de traitement
- Exclusions

##### **Dispositions administratives**

- Prise d'effet et durée du contrat
- Primes
- Modification des conditions d'assurance
- Description du risque
- Sinistres
- Résiliation du contrat
- Droit propre de la personne lésée
- Droit de recours de la compagnie
- Juridiction
- Domiciliation
- Plaintes
- Protection de la vie privée

### **NOTIONS**

**Article 1** Par *PRENEUR D'ASSURANCE*, il faut entendre: la fédération sportive qui souscrit le présent contrat.

Par *COMPAGNIE*, il faut entendre: la compagnie mentionnée dans les conditions particulières.

**Article 2** Par *ACTIVITES COUVERTES*, il faut entendre toutes les activités du preneur d'assurance et de ses clubs (pratique, préparation, organisation, gestion, administration ...).

Lorsque les activités sont organisées par le preneur d'assurance ou par les clubs affiliés chez lui dans le cadre des activités fédérales ou du club, sont compris dans l'assurance: les championnats, compétitions, matches amicaux et autres, tournois, entraînements, démonstrations, déplacements, voyages (y compris le séjour), ainsi que d'autres activités (festivités, soupers, réunions, jeux,...) organisées à l'intention des membres du preneur d'assurance.

D'autre part, la garantie est également acquise aux assurés qui prennent une part active dans l'organisation par le preneur d'assurance ou ses clubs affiliés, d'activités diverses ouvertes au public telles que bals, fancy-fair...

Par extension, la garantie est également acquise pour le dommage:

- survenant pendant un déplacement organisé par le preneur d'assurance dans le cadre des activités couvertes;
- survenant sur le trajet normal, aller comme retour, de l'assuré pour se rendre de son lieu de résidence à l'endroit où se déroulent les activités assurées.

**Article 3** Par assurés, il faut entendre: le preneur, ses clubs affiliés et ses membres.

Les non-membres lors de leur participation à des activités de promotion du sport, organisées par le preneur d'assurance et/ou ses clubs affiliés.

Les volontaires non-membres qui prêtent leur collaboration à l'organisation des activités assurées (responsabilité en vertu de la loi du 03.07.2005).

Par tiers, il faut entendre: toutes les personnes autres que le preneur d'assurance et les clubs affiliés chez lui.

**Article 4** L'assurance est valable dans le monde entier.

## **ASSURANCE DE LA RESPONSABILITE CIVILE**

### **OBJET DE L'ASSURANCE**

**Article 5** La compagnie couvre la responsabilité civile pouvant incomber aux assurés en vertu des articles 1382 à 1386bis inclus du Code civil et de dispositions similaires de droit étranger du chef de dommages corporels et/ou matériels causés à des tiers du fait de la participation aux activités couvertes.

### **SOMMES ASSUREES**

**Article 6** La garantie est accordée:

- pour le dommage découlant de lésions corporelles, jusqu'à concurrence de € 2.500.000- par victime et de € 5.000.000- par sinistre;
- pour le dommage matériel, jusqu'à concurrence de € 625.000- par sinistre.
- la responsabilité civile de l'organisation du chef de dommages causés à des tiers par ses volontaires durant les activités assurées (loi du 03.07.2005, ses amendements et l'A.R. du 19.12.2006) est garantie conformément aux dispositions de l'art. 5, premier et troisième alinéa, de l'A.R. fixant les garanties minimales des contrats d'assurance couvrant la responsabilité civile extra-contractuelle relative à la vie privée.
  - Dommages corporels: € 12.394.700- par sinistre
  - Dégâts matériels: € 619.734- par sinistre
  - Franchise dégâts matériels: € 123,95-  
Cette franchise n'est pas applicable aux membres-sportifs.

Les sommes assurées et la franchise sont liées à l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui de décembre 1983, soit 119,64 (sur base de 100 en 1981). L'indice applicable en cas de sinistre est celui du mois précédant celui au cours duquel le sinistre se produit;

La compagnie paie le principal de l'indemnité due, jusqu'à concurrence de la garantie.

Outre l'indemnité due au principal, la compagnie prend en charge:

- les frais de sauvetage, à condition qu'ils soient exposés en bon père de famille;
- les intérêts découlant de l'indemnité due au principal;
- les frais découlant d'actions de droit civil ainsi que les honoraires et frais d'avocats et experts, mais uniquement dans la mesure où ces frais sont exposés par la compagnie ou avec son consentement ou en cas de conflit d'intérêts non attribuable à l'assuré, pour autant que les frais n'aient pas été exposés à mauvais escient.

Ces intérêts et frais sont intégralement pris en charge par la compagnie, pour autant que leur total et celui de l'indemnité due au principal n'excède pas le montant total assuré.

Au-delà du montant total assuré, les frais de sauvetage, d'une part, et les intérêts, frais et honoraires, d'autre part, sont limités à:

- € 500.000- lorsque le montant total assuré est inférieur ou égal à € 2.500.000-;
- € 500.000- + 20% de la portion du montant total assuré située entre € 2.500.000- et € 12.500.000-;
- € 2.500.000- + 10% de la portion du montant total assuré qui excède € 12.500.000-, avec un maximum de € 10.000.000-.

Ces montants sont liés à l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui de 11/1992, soit 113,77 (base de 1988 = 100).



## CAS DE NON-ASSURANCE

**Article 7** Sont exclus de la garantie:

- a) Le dommage découlant de la responsabilité civile soumise à une obligation légale d'assurance.
- b) Le dommage découlant de la responsabilité civile personnelle de l'assuré qui a atteint l'âge de 16 ans et a soit occasionné un dommage intentionnel, soit se trouve en état d'ivresse ou dans un état analogue attribuable à la consommation de substances autres que des boissons alcoolisées.
- c) Le dommage matériel occasionné par le feu, par un incendie, une explosion ou par de la fumée consécutive à un feu ou un incendie qui se déclare dans ou se propage depuis les bâtiments dont les assurés sont propriétaire, locataire ou occupant, à l'exception toutefois du dommage causé dans un hôtel ou un logement similaire où les assurés séjournent temporairement ou occasionnellement.
- d) Le dommage causé aux biens mobiliers et immobiliers et aux animaux placés sous la garde des assurés. Cette exclusion ne déroge en rien aux dispositions de l'art. 7 c).
- e) Le dommage causé par des immeubles en construction, reconstruction ou transformation.
- f) Le dommage causé par l'usage de voiliers de plus de 200 kg, de bateaux à moteur et d'aéronefs.
- g) Le dommage ou l'aggravation d'un dommage causé par des éléments d'origine nucléaire ou radioactive.
- h) Le dommage découlant d'un affaissement du sol et d'une manière générale de tout mouvement de terrain, quelle qu'en soit la nature.
- i) Tout dommage découlant directement ou indirectement de l'amiante et/ou des propriétés nocives de celui-ci, ainsi que de tout autre matériau contenant de l'amiante sous une forme quelconque;
- j) Le dommage causé à des tiers par la pollution du sol, de l'eau ou de l'atmosphère. Cette exclusion n'est pas d'application si ce dommage est la conséquence directe d'un accident;
- k) Les amendes judiciaires amiables, administratives ou économiques, les astreintes et les dommages-intérêts tenant lieu de mesure répressive ou de moyen de dissuasion dans certains régimes juridiques étrangers, ainsi que les frais judiciaires en matière d'actions pénales;
- l) Le dommage consécutif à la responsabilité des administrateurs de personnes morales relative à des erreurs commises en leur qualité d'administrateur;
- m) Le dommage découlant d'une guerre, guerre civile ou de faits similaires.
- n) Les dommages encourus à la suite d'un acte de terrorisme.  
Par terrorisme, on entend: une action ou une menace d'action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou

religieuses, exécutée individuellement ou en groupe et attentant à des personnes ou détruisant partiellement ou totalement la valeur économique d'un bien matériel ou immatériel, soit en vue d'impressionner le public, de créer un climat d'insécurité ou de faire pression sur les autorités, soit en vue d'entraver la circulation et le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.

## ASSURANCE INDIVIDUELLE CONTRE LES ACCIDENTS CORPORELS

### OBJET DE L'ASSURANCE

**Article 8** La compagnie couvre les accidents corporels encourus par les assurés durant la participation aux activités couvertes, pour autant:

- que les autres assurés ne soient pas civilement responsables;
- que les assurés ou leurs ayants droit n'invoquent pas la responsabilité civile des autres assurés.

Il faut entendre par accident: un événement soudain, dont la cause est étrangère à l'organisme de la victime et qui provoque une lésion corporelle ou le décès.

Sont assimilés à des accidents:

- les maladies, contagions et infections qui résultent directement d'un accident, d'une gelure, d'une insolation, d'une noyade, d'hydrocution, défaillance cardiaque;
- l'intoxication, l'asphyxie accidentelle ou criminelle;
- les lésions corporelles encourues en cas de légitime défense ou à la suite du sauvetage de personnes, animaux ou biens en péril;
- les lésions découlant d'attentats ou d'agressions sur la personne d'un assuré;
- le tétanos ou le charbon;
- les morsures d'animaux ou piqûres d'insectes et leurs conséquences;
- les conséquences d'un effort physique, pour autant qu'elles se manifestent; immédiatement et brusquement, en particulier les hernies discales et inguinales, les déchirures musculaires totales ou partielles, élongations, déchirure des tendons, foulures et luxations, les dommages corporels consécutifs à une manifestation inhérente à un état morbide de la victime, les conséquences pathologiques découlant de cet état morbide n'étant toutefois pas assurées.

La couverture du contrat est également acquise pour les dommages encourus par l'assuré à la suite d'un acte de terrorisme, tel que défini à l'art. 2 de la loi du 01.04.2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme.

Cette couverture vous est acquise conformément aux dispositions et les modalités de ladite loi et à concurrence du capital légal, réglementaire et/ou conventionnel stipulé au contrat d'assurance.

Par terrorisme, on entend: une action ou une menace d'action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou religieuses, exécutée individuellement ou en groupe et attentant à des personnes ou

détruisant partiellement ou totalement la valeur économique d'un bien matériel ou immatériel, soit en vue d'impressionner le public, de créer un climat d'insécurité ou de faire pression sur les autorités, soit en vue d'entraver la circulation et le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.

Si les fédérations sportives exigent pour certaines activités sportives que les participants soient en possession d'un certificat d'aptitude médicale, la compagnie se réserve le droit d'exiger ce certificat dans le cas où un sinistre se produirait.

## **DESCRIPTION DES GARANTIES**

### **DECES**

**Article 9** La compagnie paie aux héritiers des assurés (à l'exception de l'Etat) la somme de € 8.500-.

En cas de décès d'un enfant n'ayant pas atteint l'âge de 5 ans accomplis, la compagnie limite son intervention à l'indemnisation des frais de funérailles réels, jusqu'à concurrence de € 8.500-.

Il n'y a pas de double indemnisation prévue en cas de décès et d'incapacité permanente si un décès survient avant la consolidation et si ce décès a la même cause ou une autre cause que celle de l'éventuelle invalidité permanente.

### **INCAPACITE PERMANENTE**

**Article 10** La compagnie paie aux assurés la somme prévue dans les Conditions Particulières, au prorata du degré d'incapacité permanente, fixée selon le barème officiel belge, dès la survenance de la consolidation et au plus tard 3 ans après l'accident.

Les lésions aux membres ou organes déjà infirmes sont dédommagées sur la base de la différence entre l'état après et avant l'accident.

Pour la compagnie, l'estimation des lésions aux membres ou organes sains touchés par l'accident ne peut être majorée par le handicap d'autres membres ou organes qui n'ont pas été touchés par l'accident.

Aucune indemnité n'est due pour une personne âgée de plus de 65 ans au moment de l'accident.

### **INCAPACITE TEMPORAIRE**

**Article 11** La compagnie paie pendant 2 ans aux assurés une indemnité journalière à concurrence du montant prévu dans les Conditions Particulières, pour autant qu'il soit prouvé qu'il existe, d'une part, une perte de revenus professionnels et

que, d'autre part, il n'existe aucun droit aux indemnités en vertu de la législation relative à l'assurance maladie-invalidité obligatoire.

Pour les travailleurs sous statut d'employé, un délai d'attente de 31 jours sera pris en considération, pour les travailleurs sous statut ouvrier, le délai d'attente sera de 8 jours.

L'indemnité est intégralement allouée lorsque les assurés sont dans l'incapacité d'exercer une occupation quelconque.  
Elle est diminuée au prorata lorsque les assurés peuvent accomplir une partie de leurs occupations.

Aucune indemnité n'est due aux personnes âgées de plus de 65 ans au moment de l'accident, sauf pour ce qui concerne les indépendants, pour lesquels la garantie reste acquise jusqu'à l'âge de 70 ans.  
Par ailleurs, elle est limitée à la perte de revenus réelle des assurés; par conséquent, aucune indemnité n'est due pour les assurés qui ne disposent d'aucun patrimoine propre au moment de l'accident.

## **FRAIS DE TRAITEMENT**

**Article 12** La compagnie paie les soins médicaux, pour autant toutefois qu'ils sont fournis afin d'obtenir la guérison, pendant maximum 2 ans après l'accident.

La compagnie rembourse les frais médicaux repris dans la nomenclature du barème INAMI et pour lesquels une intervention de la mutualité est prévue.

La compagnie compense la différence entre l'intervention de la mutualité et le tarif de l'INAMI.

Cette garantie comprend également le remboursement:

- 1) Des frais de transport de la victime, pour autant que ce transport soit nécessaire au traitement et se déroule à l'aide d'un moyen de transport adapté à la nature et à la gravité des lésions.  
Ces frais sont remboursés de la même manière que ceux relatifs aux accidents du travail.
- 2) Des frais de prothèses dentaires jusqu'à concurrence de € 150- par dent, avec un maximum de € 600- par victime et par accident.
- 3) Des frais de plâtre synthétique à concurrence du montant qui, après intervention de l'organisme assureur, incombe au blessé. Cette intervention est toutefois limitée à 3 X le montant remboursé par l'INAMI pour ce type de plâtre.
- 4) Des frais de matériel implanté (matériel d'ostéosynthèse, tissus d'origine humaine et autres) pendant une hospitalisation, à concurrence de 90% du montant qui, après intervention de l'organisme assureur, incombe au blessé. La compagnie peut requérir du blessé une attestation mentionnant l'intervention précise de sa mutuelle (assurance obligatoire et libre).
- 5) Des frais d'hospitalisation à concurrence de 50% des frais afférents à l'hospitalisation qui restent à charge des patients, pour autant que lesdits

frais ne soient pas directement ou indirectement de leur fait ou d'un choix qu'ils ont fait, d'une part, ou ne constituent pas un supplément aux honoraires d'un prestataire non conventionné, d'autre part.

N'est toutefois pas remboursé le dommage aux lunettes, lentilles de contact et appareils orthodontiques.

Pour tous les frais énumérés dans le présent article, une franchise du montant repris dans les conditions particulières est d'application.

## EXCLUSIONS

**Article 13** Sont exclus de la garantie:

- a) L'accident ou les conséquences d'un accident ayant pour cause principale la dégradation d'un état physique ou psychologique grave préexistant des assurés. Cet état constitue également une contre-indication à l'exercice des activités couvertes.
- b) L'accident causé par les assurés du fait de l'une des fautes graves suivantes: état d'ivresse ou un état analogue découlant de la consommation de substances autres que des boissons alcoolisées.
- c) Le dommage causé ou aggravé par des éléments d'origine nucléaire ou radioactive.
- d) L'accident qui se produit en Belgique en cas d'inondation, de tremblement de terre ou de toute autre catastrophe naturelle.
- e) L'accident qui se produit:
  - o lors d'une guerre ou d'une émeute, y compris une guerre civile, à condition que la compagnie prouve le lien de causalité existant entre ces circonstances et le dommage.
  - o durant une émeute ou tous actes de violence de nature collective, accompagnés ou non d'une rébellion contre les autorités, à condition que la compagnie prouve que l'assuré y a pris une part active.
- a) Les sinistres pour lesquels les assurés bénéficient d'une indemnité dans le cadre de l'assurance Accidents du travail.
- b) L'accident qui se produit durant les 4 derniers mois de la grossesse ou au cours du mois suivant l'accouchement.
- c) L'accident survenant dans l'exercice d'une activité assurée pour laquelle les accompagnateurs et moniteurs de sport ne possèdent pas les qualifications légales ou réglementaires requises.
- d) L'accident qui survient pendant la reprise des activités assurées contre l'avis du médecin ou sans son consentement.
- e) Les frais médicaux encourus après la reprise des activités sportives.

- f) L'accident qui survient à la suite de paris, défis ou actes notoirement téméraires des assurés, à moins que ces actes n'aient été posés en vue de la sauvegarde de personnes, de biens ou d'intérêts.
- g) L'accident résultant d'une querelle, d'une agression ou d'un attentat en dehors de la sphère sportive, à moins que l'assuré ne prouve qu'il n'en était ni l'instigateur ni l'auteur.

**Article 14** Dans le cadre du présent contrat, l'indemnité due en vertu de la garantie Responsabilité civile sera diminuée du montant dû en vertu de la garantie de l'assurance individuelle contre les accidents corporels.

## DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES

### PRISE D'EFFET ET DUREE DU CONTRAT

**Article 15** Le contrat prend effet à la date fixée aux Conditions Particulières et après paiement de la prime.

**Article 16** La durée du contrat est d'un an. A la fin de la période d'assurance, le contrat se renouvelle tacitement 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.

### PRIMES

**Article 17** Modalités de paiement de la prime.

Les primes, augmentées des taxes et cotisations, sont indivisibles et quérables. Elles sont payables à la présentation de la quittance ou à la réception d'un avis d'échéance.

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

**Article 18** Défaut de paiement de la prime.

Le défaut de paiement de la prime à l'échéance donne lieu à la suspension de la garantie, à la résiliation du contrat, moyennant votre mise en demeure.

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

**Article 19** La suspension, la résiliation n'a effet qu'à l'expiration du délai de quinze jours cité ci-dessus. Si la garantie est suspendue, votre paiement des primes échues, augmentées, s'il y a lieu, des intérêts, met fin à cette suspension. Lorsque nous avons suspendu notre obligation de garantie, nous pouvons résilier le contrat si nous nous en sommes réservé la faculté dans la mise en demeure qui vous a été adressée. Dans ce cas, la résiliation prend effet à l'expiration d'un délai de quinze jours à compter du premier jour de la suspension. Si nous ne nous sommes pas réservé la faculté de résilier le contrat dans la mise en demeure, la résiliation ne pourra intervenir que moyennant une nouvelle sommation faite conformément à l'article 18 ci-dessus.

La suspension de la garantie ne porte pas atteinte à notre droit de réclamer les primes venant ultérieurement à échéance, moyennant votre mise en demeure comme prévu ci-dessus. Notre droit est toutefois limité aux primes afférentes à deux années consécutives.

## MODIFICATIONS DES CONDITIONS D'ASSURANCE

**Article 20** Lorsque la compagnie modifie les conditions d'assurance ou son tarif, nous adaptons le présent contrat à l'échéance annuelle suivante. Nous vous notifions cette adaptation 90 jours au moins avant cette date d'échéance. Toutefois, vous pouvez 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.

Après expiration de ce délai, les nouvelles conditions sont considérées comme acceptées.

La faculté de résiliation prévue ci-dessus n'existe pas lorsque la modification du tarif ou des conditions d'assurance résulte d'une opération d'adaptation générale imposée par les autorités compétentes et qui, dans son application, est uniforme pour toutes les compagnies.

Les conditions du présent article ne portent pas atteinte à celles de l'art. 16.

## DESCRIPTION DU RISQUE

**Article 21** 1) Vous avez l'obligation de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances que vous connaissez et que vous devez raisonnablement considérer comme constituant pour nous des éléments d'appréciation du risque et notamment répondre aux questions figurant dans le formulaire de souscription.

2) Lorsque l'omission ou l'inexactitude intentionnelles nous induisent en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat est nul. Les primes échues jusqu'au moment où nous en avons eu connaissance nous sommes dues.

3) Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration ne sont pas intentionnelles, nous proposons, dans le délai d'un mois à compter du jour où nous avons eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, la modification du contrat avec effet au jour où nous en avons eu connaissance.

Si vous refusez la proposition de modification du contrat ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, nous nous réservons le droit de résilier le contrat dans les 15 jours.

Néanmoins, si nous apportons la preuve que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque, nous pouvons résilier le contrat dans le délai d'un mois à compter du jour où nous avons eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

Si l'omission ou la déclaration inexacte peut vous être reprochée et si un sinistre survient avant que la modification du contrat ou la résiliation ait pris

effet, nous n'interviendrons au niveau de la prestation que selon le rapport entre la prime payée et la prime que vous auriez dû payer si vous aviez régulièrement déclaré le risque.

Néanmoins, si, lors d'un sinistre, nous apportons la preuve que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque dont la nature réelle est révélée par le sinistre, notre prestation est limitée au remboursement de la totalité des primes payées.

**Article 22** En cours de contrat vous avez l'obligation de déclarer, dans les conditions de l'article 21/1) et dans les 30 jours, 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, nous n'aurions consenti l'assurance qu'à d'autres conditions, nous devons, dans le délai d'un mois à compter du jour où nous avons eu connaissance de l'aggravation, proposer la modification du contrat avec effet rétroactif au jour de l'aggravation.

Si vous refusez la proposition de modification du contrat ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, nous pouvons résilier le contrat dans les 15 jours.

Si nous apportons la preuve que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque aggravé, nous pouvons résilier le contrat dans le délai d'un mois à compter du jour où nous avons eu connaissance de l'aggravation.

Lorsque, 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 souscription, nous aurions consenti à d'autres conditions, nous accordons une diminution de la prime à due concurrence à partir du jour où nous avons 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 votre demande de diminution, vous pouvez résilier le contrat.

## **SINISTRES**

**Article 23** Tout sinistre doit nous être déclaré par écrit dès que possible et au plus tard dans les 15 jours de sa survenance ou à défaut aussi rapidement que cela pouvait raisonnablement se faire.  
Tout acte judiciaire ou extrajudiciaire relatif à un sinistre doit nous être transmis dès sa notification, sa signification ou sa remise à l'assuré.  
L'assuré doit prendre toutes les mesures raisonnables pour prévenir et atténuer les conséquences du sinistre.  
L'assuré doit nous fournir sans retard tout renseignement utile et répondre aux demandes qui lui sont faites pour déterminer les circonstances et fixer l'étendue du sinistre.  
L'assuré doit déclarer toute autre assurance couvrant le même risque.



**Article 24** Si l'assuré ne remplit pas une des obligations prévues ci-dessus, nous pouvons réduire notre prestation à concurrence du préjudice que nous avons subi, décliner notre garantie si l'assuré a agi dans une intention frauduleuse.

**Article 25** A partir du moment où notre garantie est due, et pour autant qu'il y soit fait appel, nous avons 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 nos intérêts et les vôtres coïncident, nous avons le droit de combattre, à votre place, la réclamation de la personne lésée. Nous pouvons indemniser cette dernière s'il y a lieu.

Nos interventions n'impliquent aucune reconnaissance de responsabilité dans votre chef et ne peuvent vous causer préjudice.

Les démarches amiables tendant à mener le sinistre à bonne fin sont de notre compétence exclusive.

Par le seul fait du contrat, nous sommes subrogés, à concurrence des montants que nous avons exposés, dans les droits et actions pouvant appartenir aux assurés contre les tiers responsables du sinistre. A notre demande, vous êtes tenus de réitérer et de confirmer cette subrogation par acte séparé.

## RESILIATION DU CONTRAT

**Article 26** La compagnie peut résilier le contrat:

- a) En cas de non-paiement de prime, conformément à l'art. 16;
- b) Après chaque déclaration de sinistre, mais, au plus tard, trois mois après le dernier paiement des indemnités ou son refus d'intervention;
- c) En cas de promulgation de nouvelles dispositions légales sur la responsabilité civile;
- d) En cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelles dans la description du risque, en cours du contrat;
- e) En cas d'omission ou d'inexactitude non intentionnelles dans la description du risque à la conclusion du contrat dans les conditions prévues à l'art. 21 et en cas d'aggravation du risque dans les conditions prévues à l'art. 22.

**Article 27** Le preneur peut résilier le contrat:

- a) après la survenance d'un sinistre, mais, au plus tard, un mois après notre notification du paiement ou du refus de paiement de l'indemnité;
- b) en cas de modification des conditions d'assurance ou du tarif, conformément à l'article 20;
- c) en cas de diminution du risque, dans les conditions prévues à l'article 22;
- d) en cas de faillite, concordat ou retrait d'agrément de la compagnie;
- e) lorsque, entre la date de sa conclusion et celle de sa prise d'effet, s'écoule un délai supérieur à un an.

**Article 28** Sauf s'il en est disposé autrement dans le contrat ou dans le loi sur le contrat d'assurance terrestre, la résiliation se fait par lettre recommandée à la poste, par exploit d'huissier de justice ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé.

La résiliation n'a 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.

La résiliation du contrat par nous après la survenance d'un sinistre prend effet lors de notre notification lorsque vous ou l'assuré avez manqué à l'une des obligations nées de la survenance du sinistre dans l'intention de nous tromper.

La portion de prime correspondant à la période postérieure à la date de prise d'effet de la résiliation est remboursée par nous dans un délai de 15 jours à compter de la prise d'effet de celle-ci.

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

## **DROIT PROPRE DE LA PERSONNE LESEE**

**Article 29** En vertu du présent contrat, il est constitué, en faveur des tiers lésés, une stipulation pour autrui conforme à l'article 1121 du Code Civil. Les nullités, exceptions et déchéances, notamment la franchise, qui pourraient être invoquées à l'encontre des assurés, restent opposables aux tiers lésés.

## **DROIT DE RECOURS DE LA COMPAGNIE**

**Article 30** Nous pouvons nous réserver un droit de recours contre vous et, s'il y a lieu, contre l'assuré autre que vous, dans la mesure où nous aurions pu refuser ou réduire nos prestations d'après la loi ou le contrat d'assurance. Sous peine de perdre notre droit de recours, nous avons l'obligation de vous notifier ou, s'il y a lieu, à l'assuré autre que vous, notre intention d'exercer un recours aussitôt que nous avons connaissance des faits justifiant cette décision.

## **JURIDICTION**

**Article 31** Les contestations entre parties, relatives au présent contrat, seront de la compétence exclusive des Tribunaux Belges.

## **DOMICILIATION**

**Article 32** Le domicile des parties est élu de droit, à savoir: celui de la compagnie à son siège social, le vôtre à votre adresse indiquée aux conditions particulières. En cas de changement de votre domicile, vous vous engagez à nous prévenir immédiatement. A défaut, toute communication adressée à votre dernier domicile officiellement connu vous sera valablement faite par la compagnie.

## **PLAINTES**

**Article 33** En cas de plaintes, téléphonez-nous ou écrivez-nous. Nous mettrons tout en œuvre pour vous aider. Vous pouvez également adresser vos plaintes à l'ombudsman des assurances, Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles, fax: 02/547.59.75., [info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as) ou à la commission Bancaire, Financière

et des Assurances(en abrégé FMSA), rue du Congrès 12-14 à 1000  
Bruxelles, fax 02/220.59.30, / [cob@cbfa.be](mailto:cob@cbfa.be).

## **PROTECTION DE LA VIE PRIVEE**

**Article 34** En raison de la loi du 08.12.1992 relative à la protection de la vie privée, les personnes dont des données à caractère personnel sont collectées dans un ou plusieurs traitements de la Compagnie sont informées des points suivants.

Les personnes ne seront enregistrées dans les fichiers de la Compagnie que dans la mesure où cela s'avère utile pour la gestion normale.

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 (Rue des Deux Eglises 14 à 1000 Bruxelles), maître du fichier.

Ils peuvent également consulter le registre public de la Commission pour la protection de la vie privée. (Ministère de la Justice - Place Poelaert 3 à 1000 BRUXELLES).