

L I F R A S a.s.b.l.

POLICE D'ASSURANCE

EDITION "EURO 2002"

01.01.2002



The Name in Sports Insurance



ACCIDENTS CORPORELS

N° 1.102.200

RESPONSABILITE CIVILE

N° 1.102.201

PROTECTION JURIDIQUE

N° 1.102.201 / 1

ASSURANCE ASSISTANCE -RAPATRIEMENT

N° 2.009.718 / 011

S.A. A R E N A  
 SQUARE DE MEEUS 37  
 1000 BRUXELLES

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

N° d'inscription O.C.A. : 10.365

S.A. Z E L I A , entreprise agréée sous le code  
 0167 pour pratiquer toutes les branches IARD, sauf  
 les branches Crédit, Caution et Assistance  
 ( A.R. des 29.03.1979, 18.01.1982 et 17.10.1988 -  
 M.B. des 14.07.1979, 23.01.1982 et 04.11.1988 ).

S.A. AIG-Europe , entreprise d'assurance agréée sous  
 le code 0976 pour pratiquer les branches 1 / 2 / 7 / 13  
 et 18 .

## CONDITIONS PARTICULIERES

**EDITION "EURO 2002"**

POLICE "ACCIDENTS CORPORELS" N° : 1.102.200

"RESPONSABILITE CIVILE" N° : 1.102.201

"PROTECTION JURIDIQUE" N° : 1.102.201 / 1

"ASSURANCE ASSISTANCE - RAPATRIEMENT" N° : 2.009.718 / 011

CODE : 38.000

LE PRENEUR D'ASSURANCE : L . I . F . R . A . S .

REPRESENTE PAR : LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECRETARIAT : RUE JULES BROEREN 40-42 / Bte 10 - 1070 BRUXELLES

LA COMPAGNIE : S.A. Z E L I A ( *Division I à V* )  
 S.A. A I G - Europe ( *Division VI* )  
 PAR S.A. ARENA - *Agent-souscripteur*

DATE D'EFFET : Police en vigueur : texte de contrat actualisé et coördonné, d'application à partir du 01.01.1998  
 comme document contractuel ( cf. Division II ) .

La conversion en Euro vers le haut des garanties assurées s'applique à partir du 01.01.2002.  
 (Les primes étant converties depuis le 01.01.2002 sur base de FB. 40,3399- / €1,00-).

ECHEANCE : 01 / 01

I N D E X	
DECLARATION DE PRINCIPE / AVANT-PROPOS	
ACCIDENTS CORPORELS	RESPONSABILITE CIVILE
DIV. I : - Conditions Particulières Standard.	DIV. III : - Conditions Générales et Particulières.
DIV. II : - Conditions Particulières propres au risque. - Conditions Générales.	PROTECTION JURIDIQUE
DIV. V : - Conditions Particulières relatives à l'assurance d'options complémentaires au profit des sportifs.	DIV. IV : - Conditions
	ASSURANCE ASSISTANCE - RAPATRIEMENT
	DIV. VI : - Conditions

### DECLARATION DE PRINCIPE

1. La fédération-preneur d'assurance 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 constituent la partie d'assurés, contre lesquels les dispositions et obligations contractuelles sont opposables.  
 Il appartient à la fédération et ce en collaboration avec la compagnie, de prendre les dispositions requises afin d'informer les clubs de ces obligations pour leur permettre de s'en acquitter. Ainsi chaque club affilié sera mis en possession d'une copie de la présente police.
3. Les conditions particulières remplacent toute clause des conditions générales qui leur serait contradictoire.  
 Les mentions "fédération" dans le texte doivent se lire "ligue".

## 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 d'autre part, sur base de données et dispositions convenues entr'eux en vue de l'établissement des conditions de police et de la fixation de la prime.  
Le but est de mettre sur pied pour les membres une couverture d'assurance qui les garantit contre les risques spécifiques ayant trait aux activités sportives assurées par la police et dont on ne retrouve généralement pas la couverture dans les polices d'assurances souscrites d'habitude par les particuliers, de sorte qu'en plus dans la présente police, des primes pour double emploi sont évitées.
2. Les personnes assurées par cette police de groupe acquièrent cette qualité par le simple fait qu'elles sont affiliées à la fédération en tant que club ou membre 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, 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 du contrat, 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.
  - l'assuré ne pourra en aucun cas réclamer une intervention sur base d'une interprétation ou d'une condition divergente des données et conditions convenues entre les contractants, c.à.d. le preneur d'assurance et la compagnie.
4. Les suites d'accidents déclarés sont indemnisées dans la mesure où il est démontré qu'il s'agit en effet d'un accident ou d'un événement également garanti par la police ; qu'il s'est produit endéans les activités tombant sous l'application de la police et que les lésions déclarées ainsi que les aggravations intervenues sont la suite exclusive de l'accident déclaré. Pour ce qui concerne le rapport de la preuve à cet égard la police prévoit quelques règles de communication. 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 :  
L'exclusion d'intervention des mutuelles sur base des dispositions de l'article 136 §3 de la loi AMI, coördonné par A.R. du 14.07.1994, ne s'applique pas à l'exercice du sport assuré par la présente police, cet exercice de sport se situant dans le domaine de l'amateurisme et de l'organisation des loisirs.
6. Appréciation du risque :  
Un des éléments les plus importants à la base du contrat d'assurance, c'est évidemment l'appréciation du risque pour laquelle sont particulièrement fondamentales les prescriptions de sécurité qui par le biais de règlements, règles et prescriptions encadrent le risque. Il est clair que l'on se situe en dehors de la sphère d'application de la couverture d'assurance si on ne se conforme pas à ces prescriptions de sécurité règlementées.  
Ainsi l'organisation et la pratique des activités sportives assurées par le contrat doivent toujours répondre aux règles, règlements et prescriptions fixés en la matière par les autorités compétentes et/ou la fédération, laquelle à son tour doit dans sa gérance répondre aux règles, règlements et prescriptions 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 des règles, règlements et prescriptions conçus dans l'intérêt de la sécurité.
7. Dans le texte suivant il est fait référence dans certains articles à FEBRAS. Il est précisé qu'on entend par là l'organe national de coördination dont LIFRAS fait partie comme ligue francophone indépendante au même titre que la ligue flamande NELOS. Dans cet organe de coördination les deux ligues ont des plans communs de caractère technique et d'organisation. Ainsi il se peut que pour certaines disciplines de plongée, une des ligues a des règlements de plongée spécifiques alors que l'autre n'en a pas. Dans ce cas ce sont les règlements de plongée existants qui doivent être respectés par les deux ligues. Ils sont indiqués plus loin comme règlements FEBRAS.

<b>PROTECTION DE LA VIE PRIVEE - LOI DU 08.12.1992</b>
--

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

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

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

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

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

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

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

\*\*\*\*\*

**ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS CORPORELS****LIMITES DES GARANTIES ACCORDEES**

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

**A. QUI EST ASSURE ?****a) Les pratiquants : c.à.d. les personnes qui pratiquent les activités sportives assurées, mentionnées plus loin à la Division II.**

Tous les membres affiliés pratiquant les activités sportives exercées avec l'assentiment de la fédération qui sont en cette qualité titulaire d'une carte d'affiliation en bonne et due forme.

**b) Les non-pratiquants : sont assimilés aux pratiquants et comme tels également assurés par la présente police :**

- Les 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, 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 dans le cadre des manifestations sportives assurées comme par exemple les délégués, commissaires et toutes personnes assumant une fonction officielle.
- Les personnes faisant partie des cadres d'enseignement de la fédération, déléguées par la fédération à l'accomplissement des missions officielles ainsi que les personnes faisant partie du cadre d'enseignement d'un club dans l'exercice de missions officielles confiées par le club, à l'exclusion toutefois de ceux qui tombent sous l'application de la loi sur les accidents du travail.
- Le personnel administratif occupé par la fédération dans le cadre de son exploitation, à l'exclusion des personnes tombant sous l'application de la loi sur les accidents du travail.
- Tous les membres de comités, tant ceux de la fédération que ceux des clubs affiliés, dans l'exercice de leur fonction officielle au nom de la fédération ou des clubs.

**B. QUAND EST-ON ASSURE ?****a) Les pratiquants :** pendant la pratique des activités sportives assurées comme décrit plus loin dans la Division II et pendant la participation à des réunions auxquelles ils ont été convoqués par la fédération ou par les clubs avec l'autorisation de la fédération.**b) Les non-pratiquants :** pendant l'exécution de missions officielles conformes à leur fonction, pour lesquelles ils sont désignés par la fédération ou par les clubs avec l'autorisation de la fédération.

Ne sont **pas** considérées comme des missions officielles ou comme l'exécution de fonctions officielles et ne sont dès lors **jamais** couvertes par la police : toutes les activités qui dépassent le cadre des prérogatives habituelles et immédiatement reconnaissables, spécifiques à une telle fonction officielle dans le contexte d'un club sportif ou d'une fédération sportive en général.

Ne seront donc notamment pas couvertes, les activités qui peuvent être assimilées à l'exercice d'une profession.

**C. OU EST-ON ASSURE ?**

Les risques liés à l'exercice des activités sportives assurées, lesquelles peuvent être pratiquées n'importe où dans le monde, en mer, lac, rivière, carrière, canal, fleuve et océan, dans des bassins de natation ouverts ou couverts, que les dits bassins soient privés ou relèvent de la commune, de la province ou de l'état, pour autant que l'endroit soit généralement considéré comme adapté à cet exercice et qu'il ne soit pas interdit par qui que ce soit.

Sont également compris dans la garantie, les accidents survenant dans les vestiaires, douches et installations similaires, lesquelles sont toujours considérées, quelle que soit leur situation, comme faisant partie intégrante des installations du club, ainsi que les accidents survenant sur le chemin (aller et retour) entre les vestiaires et le lieu de pratique du sport, de même que ceux survenant au cours de l'assistance aux réunions de la ligue (ou aux réunions des clubs affiliés) dans les locaux affectés à cet effet.

**D. COMMENT EST-ON ASSURE ?****a) En cas de décès :** un capital de **€ 18.300-** pour les mariés, le bénéficiaire étant le conjoint survivant ou, à défaut, les héritiers légaux ou une personne désignée par l'assuré.

Un capital de **€ 13.250-** pour les célibataires, le bénéficiaire étant soit les héritiers légaux, soit une personne désignée par l'assuré.

Toutefois pour les célibataires, seul soutien de famille, le capital assuré est le même que celui prévu dans le cas de personnes mariées.

Au cas où, après une plongée, le corps de l'assuré ne serait pas retrouvé, les assureurs paieront, dans les 6 mois de la disparition, un montant égal à la moitié du capital assuré, la partie restante sera payée dans les 12 mois.

Il est entendu que le bénéficiaire de ce capital "Décès" s'engage à rembourser cette indemnité si la personne assurée venait à être retrouvée vivante ultérieurement.

**b) En cas d'invalidité permanente totale :** réductible en cas d'invalidité permanente partielle, conformément au tableau repris à l'article 7 des conditions générales, un capital de **€ 34.400-**.

L'article 5 des conditions générales est complété comme suit en son paragraphe 2 :

Toute demande d'indemnisation pour l'invalidité permanente doit être introduite dans les 6 mois suivant la date d'envoi du certificat de consolidation. La proposition formulée par la compagnie sera considérée comme acceptée, si elle n'est pas contestée dans les 60 jours qui suivent la date d'envoi de la proposition de règlement.

Pour la fixation d'une indemnité, la compagnie ne tiendra jamais compte de la profession de la victime, pas plus d'ailleurs que du fait que, suite à l'accident, la victime ne peut plus participer à des activités sportives.

**Franchise :** une consolidation à un taux d'invalidité inférieur ou égal à **néant %** ne donne pas lieu à une intervention de la compagnie.

**c) Frais de traitement :**

Cette garantie est conçue comme un supplément aux barèmes d'intervention de la mutuelle prévus dans les secteurs de l'assurance AMI obligatoire et/ou libre. La garantie accordée par la compagnie en matière de frais de traitement résultant d'un accident couvert par la police, se limitera dès lors au remboursement, à concurrence de maximum la somme de **€ 1.100-**, de la différence entre les frais et honoraires réclamés pour des prestations médicales reconnues par l'INAMI d'une part et le barème des interventions de la mutuelle en la matière appliqué dans les secteurs de l'assurance AMI obligatoire et/ou libre d'autre part, que cette intervention de la mutuelle prévue ait eu lieu ou non. La garantie ne s'applique pas aux différences dont le remboursement est en contradiction avec des dispositions légales.

Dans le cas d'un accident de décompression ou de surpression pulmonaire pour lequel un traitement de recompression est jugé médicalement nécessaire, cette garantie est portée à **€ 8.700-** par accident en vue du remboursement des frais justifiés à tout point de vue pour le transport urgent vers un centre de recompression proche et les traitements de recompression médicalement jugés nécessaires reconnus ou non par l'INAMI, remboursable ou non par la mutuelle.

## Précisions - Extensions - Limitations de la garantie

### 1. **Frais et honoraires limités à 100% du tarif officiel de l' INAMI pour le calcul des interventions :**

- a) Frais d'hospitalisation : la compagnie ne remboursera pas les montants qui excèdent le barème officiel AMI - salle commune.
- b) Prestations reconnues par l'INAMI pour lesquelles la mutuelle, en vertu d'une réglementation introduite dans la loi AMI, n'accorde pas d'intervention aux assurés AMI obligatoires et/ou libres pourtant en règle : de telles prestations sont remboursées, sauf convention contraire, sur base du tarif officiel AMI, sans que la compagnie ne prendra en charge les montants excédant ce tarif officiel.  
Les frais de prothèses dentaires sont garantis toutefois à concurrence de € 75- par dent, avec un maximum de € 375- par accident. Pour ceux qui bénéficient de l'intervention de la mutuelle dans les dits frais la présente garantie est limitée à la différence entre les montants assurés et cette intervention de la mutuelle.

### 2. **Transport et déplacements :**

Les frais de transport éventuels des blessés à l'hôpital le plus proche peuvent également être pris en charge par la compagnie si le médecin traitant a jugé le transfert indispensable en vue d'une hospitalisation ou d'un premier examen radiographique urgent.  
Peuvent être compris dans les dits frais, ceux que le blessé devrait exposer pour ses déplacements par un moyen de transport public en 2e classe entre son domicile et le lieu où il doit se soumettre à un examen de contrôle spécial imposé par la compagnie ou bien autorisé par celle-ci par écrit préalable tant en ce qui concerne l'examen qu'en ce qui concerne le déplacement s'y rapportant.

S'il n'y a pas d'intervention effective de la part de la mutuelle dans ces frais, la garantie sera acquise sans intervention de base de la mutuelle.

Pour ce qui concerne le transport urgent dans le cadre d'un accident de décompression ou de surpression pulmonaire, il est renvoyé à l'article "Frais de traitement" ci-dessus.

### 3. **Cas particuliers :**

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

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

#### b) Etrangers non-domiciliés en Belgique :

Aux étrangers non-domiciliés en Belgique, qui ne peuvent bien sûr être assurés ni obligatoirement ni librement auprès de l'INAMI belge, s'applique également le principe selon lequel ils ne peuvent réclamer des prestations que la police n'octroie pas, dans ce cas-ci, aux assurés belges.

Les prestations sont calculées par analogie, c.à.d. qu'elles sont projetées sur le tarif belge de l'INAMI et les interventions de la mutuelle prévues à cet effet dans les secteurs de l'assurance obligatoire et/ou libre.

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

### 4. **Demandes d'autorisation :**

Les autorisations préalables de traitements spéciaux, massages, hospitalisation, interventions chirurgicales ne doivent être demandées à la compagnie et accordées par elle par écrit que dans la mesure où il n'y a pas d'intervention de la mutuelle.

Le simple fait de ne devoir introduire une demande qu'auprès de la mutuelle n'implique cependant pas l'engagement de la compagnie en ce qui concerne la prise en charge de l'accident.

L'autorisation doit être demandée et obtenue à l'avance, sauf dans les cas d'extrême urgence prouvée, rendant impossible la demande préalable d'autorisation.

Dans ce dernier cas, la compagnie doit être informée de la situation dans les plus brefs délais. Il est entendu qu'en termes de remboursement, une autorisation de la compagnie se limitera toujours aux interventions contractuellement prévues.

### 5. **Règlements partiels :**

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

### 6. **Clause de reconstitution de garantie :**

Si, en vertu de lois, arrêtés ou adaptations au sein de l'INAMI, les interventions des mutualités en matière de frais de traitement venaient à être sensiblement diminuées par rapport aux interventions en vigueur au moment de la souscription de la présente police, la compagnie n'adaptera pas ses propres interventions afin de compenser ces diminutions d'interventions, au cas où une telle situation aurait pour conséquence une augmentation sensible de ses propres interventions. En d'autres termes, la compagnie continuera dans ce cas à calculer et à octroyer ses interventions sur la base de la situation existant avant les modifications, la prime restant bien évidemment inchangée.

Le découvert d'intervention créé à la suite de ces dispositions INAMI peut être intégré dans la garantie de la police par le biais d'une reconstitution de garantie avec prime adaptée conformément aux tarifs en vigueur au moment de la demande dans ce sens, à proposer par la compagnie avant l'application réelle des dispositions susmentionnées. En aucun cas la compagnie ne prendra toutefois à sa charge des franchises annuelles ou applications assimilables prévues ou à prévoir par l' INAMI en matière de remboursement de frais médicaux. Cela s'applique également aux franchises instaurées par des mutuelles étrangères.

### 7. **A.R. du 21.09.1993 - Participations personnelles augmentées :**

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

- d) Indemnité Journalière : à concurrence d'une indemnité journalière de **€ 16-** maximum, la compagnie garantit une intervention journalière, payable dans les limites des conditions de la police, jusqu'à maximum le **365**ème jour, payable par jour calandrier, 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. Bien que la perte de revenus est à la base des interventions de la compagnie, l'indemnité journalière n'est pas payable par jour ouvrable mais par jour calandrier et ce dans les limites suivantes :

1. Salariés pouvant prouver une perte de salaire : à partir du 1er jour ouvrable suivant l'expiration du délai de carence contractuel éventuel, prenant effet le premier jour ouvrable suivant l'accident, ou à partir du lendemain de la date d'expiration de la période de revenu garanti leur revenant en vertu des dispositions légales ou statutaires en vigueur au cas où telle période dépasse le délai de carence contractuel.

Pour la période suivante, à savoir la période couverte, l'intervention de la compagnie ne dépassera jamais, par jour, la somme journalière assurée et, pour toute la durée, ne sera jamais supérieure à la différence entre le salaire servant de norme aux interventions de la mutuelle d'une part et les prestations de la mutuelle auxquelles les assurés AMI obligatoires et/ou libres en règle ont droit et/ou le revenu garanti partiel leur revenant d'autre part, à l'exclusion de toutes autres pertes de revenus.

2. **Indépendants et professions libérales pouvant prouver une perte de revenus** : à partir du 1er jour ouvrable suivant l'expiration du délai de carence contractuel, prenant effet le premier jour ouvrable suivant l'accident. Pour la période suivante, à savoir la période couverte, ils doivent prouver qu'ils étaient dans l'impossibilité d'exercer leur profession et l'intervention de la compagnie ne sera jamais supérieure au manque à gagner qu'il leur appartient de justifier, sans pouvoir dépasser, par jour, la somme journalière assurée. Pour le calcul des indemnités dues à partir du 91ème jour, il sera tenu compte, comme c'est le cas pour les salariés, des prestations de la mutuelle auxquelles ils ont droit.

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

**Délai de carence contractuel** : **-15- jours.**

e) **Frais de recherches et de sauvetage**

La compagnie garantit le remboursement des frais cumulés pour **la recherche et le sauvetage** effectués suite à un accident couvert par la police et ce dans les limites suivantes :

- 1) Remboursement jusqu'à concurrence de maximum le montant réel mis à charge de l'assuré par **les autorités officielles compétentes** pour les frais ayant trait à **la recherche et le sauvetage** de l'assuré effectués par eux, sans pouvoir dépasser par accident une somme de **€ 5.000-** et en cas d'un accident avec plusieurs assurés le double de cette somme.
- 2) Ces frais ne sont remboursés que sur production de pièces justificatives et après épuisement de l'intervention de la mutuelle et tenant compte des interventions d'autres organismes assureurs conformément les dispositions de la loi du 25.06.1992.

**Cas spéciaux**

La couverture de la présente police est également accordée aux assurés de 65 ans et plus, pour autant qu'ils soient déclarés médicalement aptes à l'exercice des activités sportives assurées.

Néanmoins, les montants garantis sont pour eux limités comme suit :

- Décès : 75% du capital prévu dans la police.
- Invalidité Permanente : 50% du capital prévu dans la police.
- Frais Médicaux : 100% des montants prévus dans la police.
- Frais de recherche et de sauvetage : 100% des montants prévus dans la police.
- Indemnité Journalière : néant.

**E. DISPOSITIONS GENERALES**

a) **Notions de l'accident - Limitations - Exclusions complémentaires aux exclusions prévues autre part dans la police** :

Comme précisé dans les articles liminaires et contrairement à ce qui se passe dans des polices souscrites individuellement, la compagnie ne dispose pas, vu le caractère particulier des polices souscrites pour compte d'un groupe d'assurés, d'un certain nombre de données concernant les assurés avec cette conséquence qu'elle n'est pas à même d'appliquer ses possibilités d'annulation, de refus ou d'exclusion de certaines causes de risque à ces assurés pris individuellement.

Cette circonstance ne peut toutefois entraîner de conséquences défavorables pour la compagnie; dans cette perspective, il est expressément insisté sur l'application des clauses de la police, traitant principalement de la condition physique des assurés, comme notamment dans certains des articles qui suivent.

1. Les accidents imputables à des actes inconciliables avec la manière généralement admise de pratiquer les activités sportives assurées, sont exclus de même que les accidents survenus à un assuré pendant l'exercice d'une activité assurée pour laquelle il ne satisfait pas aux qualifications de pratique règlementaires ou légales exigées.
2. Il est bien entendu que la compagnie cessera toute intervention à partir du moment où l'assuré sera jugé guéri et/ou apte à reprendre l'exercice du sport par son médecin.  
En cas de reprise de la pratique du sport contre l'avis du médecin et sans l'autorisation de ce dernier ou contre les prescriptions règlementaires, les suites de l'accident déclaré ne pourront pas faire l'objet d'une intervention.
3. 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.
4. En cas d'accident on devra toujours pouvoir produire la preuve qu'on était jugé médicalement apte sans réserves à pratiquer les activités sportives assurées. Les accidents pouvant avoir un rapport avec une réserve médicale quelconque sont exclus.  
En tout cas tous les assurés qui pratiquent la plongée sous-marine doivent se soumettre obligatoirement à tout examen médical se rapportant à leur situation prescrit par la fédération. Les dates de ces examens doivent être inscrites dans le carnet de plongée individuel des membres assurés.  
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.
5. Par extension à l'article 3 des conditions générales les garanties s'étendent également à :
  - a) l'anoxie et l'hyperaxie
  - b) les accidents de décompression
  - c) l'ivresse de profondeur, aux accidents connus sous le nom de "coup de ventouse", la surpression pulmonaire, les lésions aux oreilles mal au ventre du plongeur.
6. Outre les exclusions prévus dans l'article 4 des conditions générales, la police exclut également :
  - a) Les accidents survenus à quelque assuré que ce soit, qui pendant une plongée (libre ou avec bouteilles) en un autre endroit qu'un bassin de natation, n'est pas accompagné d'au moins un deuxième plongeur, assuré et titulaire d'un brevet reconnu par FEBRAS.  
Pour les plongées se situant en dehors des activités de club, la compagnie admet comme co-plongeur les plongeurs détenteurs d'un brevet octroyé par la CMAS, le PADI et le V.V.W. , ainsi que tous les brevets délivrés par les organisations conventionnées C.M.A.S.  
Cette dernière règle est également d'application lorsque des plongeurs, membres d'une des fédérations précitées, détenteurs d'un brevet reconnu de valeur équivalente, participeraient à des activités de plongées assurées, organisées par les clubs avec l'accord ou sur invitation de ces derniers.  
Pour tous les autres brevets, le degré de valeur équivalent devra être prouvé par quiconque fait appel aux garanties de la police.  
Toute contestation à ce sujet pourra être soumise à un collège arbitral dont la constitution et le mode de délibération sont repris à l'article 8 des "Dispositions Générales" ci-après, sans préjudice des dispositions légales en la matière.

Pour ce qui concerne la plongée libre, l'assuré répondra valablement à l'obligation d'être accompagné, s'il se conforme aux règles de sécurité applicables en plongée libre comme définies dans le règlement d'ordre intérieur émis par la commission "APNEE - LIFRAS" et approuvé par le Conseil d'administration de la LIFRAS, en vigueur au moment de l'accident déclaré.

- b) Les accidents, survenus à tous les membres non titulaires d'un brevet reconnu par FEBRAS, pendant la plongée (libre ou avec bouteilles) à d'autres endroits qu'un bassin de natation, sauf lorsque cette plongée est effectuée dans le but d'obtenir le brevet élémentaire, sous le contrôle d'un moniteur ou d'un membre titulaire du brevet supérieur reconnu par FEBRAS et pour autant que ce membre ait les qualifications nécessaires et que les règlements émis dans le domaine par LIFRAS aient été respectés.  
En ce qui concerne la "plongée libre" en d'autres endroits qu'un bassin de natation, il y a lieu également d'être titulaire d'un brevet reconnu par FEBRAS pour la "plongée avec bouteilles".

## b) Quelques définitions contractuelles :

### 1. Paiement des indemnités :

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

Le cumul n'est pas d'application lorsqu'une action en responsabilité civile est engagée par un bénéficiaire de la présente police contre un assuré de la police responsabilité civile.

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.

Au cas où la décision des tribunaux est favorable à la compagnie, cette dernière payera l'indemnité due en application de la présente police, sous déduction des frais de procédure déjà payés.

Les stipulations de cet article sont également d'application si une action en responsabilité civile est engagée contre la ligue-soeur NELOS, ses clubs ou ses membres, à l'occasion d'accidents survenus pendant la pratique des activités sportives assurées avec des membres de la dite ligue dans le cadre d'activités sportives communes organisées par LIFRAS et NELOS, ses clubs et ses membres.

- b) 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.

### 2. Subrogation :

Quant aux suites de blessures causées par un acte volontaire lors de bagarres se situant dans le champs d'application de la police, la compagnie sera entièrement subrogée, jusqu'à concurrence de ses prestations, donc également pour ce qui concerne les garanties de la police à caractère forfaitaire, aux droits de l'assuré à l'égard des éventuels responsables.

Il en est de même pour les accidents survenus lors d'un risque de circulation couvert par la police. Dans ce cas, le droit de subrogation s'applique en outre à l'égard de tous ceux qui, même sans responsabilité, sont tenus à indemnisation (notamment sur base du chapitre V/bis de la loi du 21.11.1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité civile en matière de véhicules automoteurs).

### 3. Déclaration et suivi d'accidents : **Dispositions**

#### a) Informations à communiquer :

- 1) Par dérogation à l'article 10 des Conditions Générales, la déclaration d'accident doit être envoyée dans les 15 jours via le secrétariat générale de la LIFRAS,

le cachet postal sur la déclaration initiale faisant foi.

Un accident mortel doit être signalé immédiatement à la compagnie endéans les 48 heures.

- 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 :

- pouvoir accorder, plus précisément à l'accident lui-même, et ce au moment le plus opportun l'attention appropriée dans la perspective de sa portée réelle, e.a. dans l'optique de la faculté d'application efficace des possibilités de contrôle ou de recommandations.
- d'une manière plus générale, dans le cas de polices souscrites pour le compte d'un groupe d'assurés pouvant tous solliciter l'intervention de la police en tant que victimes d'un accident, pouvant s'assurer une gestion de police bien ordonnée et justifiable à tous égards.

- 3) Plus particulièrement en matière d'incapacité de travail, toute prolongation de la période d'incapacité de travail prescrite par le médecin traitant doit faire l'objet d'un nouveau certificat médical devant être transmis **spontanément** à la compagnie dans les 8 jours.

La garantie de la police est accordée sur la base des suites de l'accident notifiées à la compagnie conformément aux dispositions ci-dessus.

- 4) Au moment de la guérison, un certificat médical de guérison mentionnant la période d'incapacité de travail, la date de guérison et la date à laquelle la pratique du sport peut être reprise, doit être fourni à la compagnie.

- b) Dans tous les cas, chaque fois qu'un accident est déclaré à la compagnie, celle-ci fournit un accusé de réception, accompagné d'un document de règlement, mentionnant tous les éléments qui doivent être communiqués pour qu'un accident puisse être réglé, à savoir, certificat du médecin-traitant, preuve de perte de salaire à remplir par l'employeur, attestation d'intervention de la mutuelle dans la perte de salaire et pour autant que la garantie "Frais de traitement" est couverte : état d'honoraires et frais, complété d'une attestation d'intervention de la mutuelle dans ces postes.

La personne chargée par le club de la gestion des dossiers de sinistres, s'engage à demander à la compagnie les documents susmentionnés au cas où elle ne les aurait par reçus dans la semaine qui suit l'expédition de la déclaration d'accident. La même procédure s'applique à l'expédition des certificats médicaux mentionnés au a) 2 et 3 ci-dessus. En tous cas, par envoi ou expédition des documents visés sous le point a) ci-dessus, on entend toujours qu'il y a lieu de les faire parvenir à la compagnie.

- c) Le club ou la fédération s'engage à respecter les dispositions susmentionnées et au cas où il chargerait l'assuré de la gestion d'informer ce dernier sur les engagements contractuels à respecter. L'ignorance de qui que ce soit ne pourra jamais être invoquée comme motif de non-respect des obligations contractuelles.

- d) 1) Afin de permettre à la compagnie d'appliquer en cas d'accident les stipulations et conventions dans le contexte de l'article 45 de la loi du 25.06.1992, il doit être porté à sa connaissance, dans le cadre de l'article 24 des conditions générales du contrat, l'existence de toute police assurant également l'accident déclaré, quel que soit le souscripteur de ces polices.

- 2) En plus, l'identité des responsables éventuels doit être communiquée à la compagnie pour lui permettre d'exercer son droit de subrogation.

**4. Taxes et frais :**

Le pourcentage des "Taxes et Frais" s'appliquant aux primes nettes, est renseigné plus loin. Toute augmentation de taxes imposée par les pouvoirs publics est à charge de la fédération, des clubs assurés ou des membres assurés.

**5. Indexation :**

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

**6. Pour ce qui concerne :**

1. Les activités sportives assurées.
2. Prime / Régistre des membres.
3. Quérabilité de la prime.
4. Prise d'effet et durée de la police.
5. Taxes applicables.

Il y a lieu de se référer à la Division II des présentes conditions particulières.

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

**8. Clause d'arbitrage**

Toute contestation concernant l'application des dispositions qui font l'objet de l'article 4 des Conditions Générales "Accidents Corporels" - risques exclus litt.

b/

et de l'article 1 et 6/a de la litt. A des Dispositions Générales faisant partie des conditions particulières ou tout autre partie de la police relative à une appréciation de qualification se rapportant aux activités sportives assurées peuvent de commun accord être tranchée conformément aux stipulations de l'article 1676 du Code Judiciaire relatives à l'arbitrage.

A cette fin, dans le délai d'un mois après le naissance du litige, il est constitué un collège arbitral composé de :

- Un expert mandaté par la compagnie.
- Un expert mandaté par le souscripteur LIFRAS, en accord avec l'assuré intéressé ou ses ayants droit.
- Un expert désigné de commun accord par les deux experts précités. Ce dernier est Président du collège arbitral.

Par "expert" il est entendu ici une personne avec une profonde connaissance actuelle du sport de plongée.

Les experts doivent éventuellement se faire assister d'experts en d'autres disciplines, comme médecine, hydraulique, balistique, etc.

L'instance est traitée aux lieu, date et heure, décidés par les experts à la majorité simple, et suivant les règles fixées dans les stipulations précitées du Code Judiciaire.

Par "parties" qui conformément à l'article 1694 du dit Code Judiciaire doivent avoir l'occasion de défendre leurs droits, on entend aussi bien l'agent-souscripteur ARENA que le souscripteur LIFRAS et toute personne ou division de LIFRAS qui peut bénéficier de la garantie de la présente police.

Le collège des arbitres doit rendre sa sentence dans un délai de 3 mois après sa constitution, à moins qu'un arrangement amiable entre parties soit survenu auparavant. A défaut de sentence rendue dans ce délai, la partie la plus diligente pourra s'adresser au Tribunal de Première Instance de Bruxelles.

Conformément à l'article 1699 du Code Judiciaire, la sentence arbitrale rendue est définitive et ne peut être entreprise que dans les cas prévus à l'article 1704 du Code Judiciaire.

Après signification de la sentence aux parties par lettre recommandée, elle a valeur de chose jugée et peut être déclarée exécutable par le Président du Tribunal de Première Instance de Bruxelles.

Les frais d'arbitrage sont supportées par moitié par la compagnie et pour l'autre moitié par les assurés intéressés ou leurs ayants droit.

## A. LES ACTIVITES SPORTIVES ASSUREES

La discipline sportive gérée par la fédération souscriptrice et organisée avec son autorisation par ses clubs affiliés pour leurs membres, sous ces conditions, à l'exclusion de toute variante non-précisée ci-après, constituant dans les limites des conditions générales et particulières, les activités sportives assurées concerne :

### ■ LA PLONGEE SOUS-MARINE

#### Modalités d'application

Sous la pratique de la plongée sous-marine ne sont assurées que les activités de plongées et variantes pour lesquelles la fédération a établi des règlements et prescriptions à appliquer par les membres lorsqu'ils pratiquent ces activités.

La dimension préventive de ces règlements en termes d'une pratique sûre est ainsi une fois de plus soulignée.

Pour être considérées par la police comme activités sportives assurées, les dites activités de plongée règlementées, énumérées plus loin, doivent en plus être exercées et organisées dans un cadre fédéral ou de club.

#### ■ Extensions

**Sont également considérées comme activités sportives assurées par la police :**

##### a) La pratique occasionnelle d'activités de plongée non-règlementées par la fédération même :

La pratique d'une activité de plongée règlementée par la FEBRAS ou par la NELOS via FEBRAS à défaut d'un règlement LIFRAS approprié (p.e. la plongée sur épaves en Mer du Nord) et ce pour autant que la fédération donne son accord.

Dans des cas pareils les membres sont assurés dans la mesure où ils respectent ses règlements FEBRAS, aussi bien au point de vue de la qualification que de l'exercice même.

##### b) La pratique occasionnelle d'activités de plongée règlementées par la fédération en dehors du cadre fédéral ou de club :

1) La pratique avec un club affilié à la NELOS.

2) La pratique récréative pendant la durée d'une période de vacances.

Dans des cas pareils les membres sont assurés dans la mesure où ils respectent les règlements fédéraux, aussi bien au point de vue de la qualification que de l'exercice même.

#### ■ Un aperçu des activités de plongée et variantes règlementées par la fédération.

- La plongée avec ou sans appareil de plongée.
- La natation avec ou sans équipement.
- L'écolage de plongée, les entraînements et la compétition.
- Le hockey sous-marin en piscine.
- La chasse sous-marine, de même que l'étude et la recherche sous-marine en rapport avec l'archéologie, la biologie et l'ichtyologie.
- La plongée sur épaves (e.a. en Mer du Nord).
- La plongée spéléologique ou sous glace.
- La natation avec palmes
- Les activités de recherches sous eau auxquelles des membres assurés participent à la demande des autorités locales.

Telle activité doit toujours se situer dans les limites de l'expérience de plongée des membres participants et dans les limites de l'instruction de plongée qu'ils ont reçue.

Des accidents survenus pendant et par le fait de situations ne répondant pas à ces critères sont dès lors exclus.

La garantie est également acquise pour les accidents survenus lors de déplacements en bateau, ainsi que lors du remplissage ou du transport de bouteilles d'oxygène ou d'air comprimée (ou mélange, dans la mesure où l'assuré ait la formation et les qualifications nécessaires prévues par la réglementation de la LIFRAS à cet égard), pour autant que ces risques avaient pour seul but l'exercice par la victime, d'une activité sportive assurée pour laquelle elle est couverte par la police.

Les dits risques doivent toujours former un ensemble avec une activité sportive assurée.

#### ■ Exclusions

Les accidents survenus à un membre à l'occasion de n'importe quelle activité alors qu'il fait partie du cadre de formation ou qu'il doit assumer des fonctions d'enseignement ou d'accompagnement ou exercer des activités sur l'ordre de ou pour compte de toute structure d'organisation qui ne tombe pas sous la grance et la juridiction de la fédération, comme des clubs vacanciers, des centres de plongée, etc. sont exclus.

## B. REGISTRE DES MEMBRES / PRIMES

1. A la prise d'effet de la police, la fédération renseigne 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 exercice annuel la fédération renseignera l'effectif total des membres ayant bénéficié du contrat dans le courant de l'exercice écoulé.

Au cas où cet effectif est 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 en 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. 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 ne sont pas couverts.

En début de chaque exercice annuel, la fédération remettra à la compagnie une liste reprenant, par province, les noms de tous les clubs affiliés et la fédération s'oblige en outre à aviser immédiatement la compagnie de chaque modification ultérieure à cette liste.

Pour ce qui concerne la liste des membres, un double exemplaire doit être prévu et tenu à jour pour la compagnie et, sauf convention contraire, être régulièrement envoyé à cette dernière.

Toutefois, étant donné les problèmes administratifs de mise à jour, seul le registre officiel sera considéré comme critère principal de contrôle.

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

La prime (taxes et frais compris) par assuré, y inclus la couverture R.C. - Division III, s'élève à :

- Membres-plongeurs avec pratique de toutes les activités sportives assurées : **€ 12,07-** (dont **€0,25-** garantie Protection Juridique)
- Membres dont l'activité se limite à une partie seulement des activités normalement assurées :
  - Hockey subaquatique en piscine uniquement : **€ 5,60-** (dont **€0,07-** garantie Protection Juridique)

Il s'agit d'une prime minimale due indépendamment du nombre de participations aux activités assurées durant la période d'inscription comme membre assuré dans le courant d'une année d'assurance de police.

En tous cas la couverture prend fin pour chaque membre assuré à l'échéance annuelle commune de la police.

Les affiliations dans le courant d'une année d'assurance entre les **01/09** et **31/12** peuvent être placées dans la catégorie des aspirants-membres.

Pour tels aspirants-membres, la garantie est cependant limitée aux accidents survenus pendant et par le fait des exercices d'enseignement à la plongée, conformes aux instructions normales de LIFRAS pour débutants. Les exercices doivent toujours s'effectuer comme activité de club ayant lieu en Belgique sous la surveillance d'un instructeur reconnu par LIFRAS ; ils peuvent avoir lieu dans un bassin ou en eau libre, étant entendu que l'emploi de bouteilles de plongée n'est autorisée qu'en bassin de natation.

Tout accident ne répondant pas à ces caractéristiques n'est pas assuré sous cette catégorie. La couverture prend effet au moment où l'aspirant-membre commence les cours d'enseignement et ceci au plus tôt le 01/09 et se termine en tout cas le 31/12 de la même année.

La prime due par membre-aspirant (taxes et frais compris) est de **€ 4,96-** (dont **€ 0,07-** garantie Protection Juridique)

La prime provisoire (*taxes et frais compris*) est fixée sur base de **-5.000-** membres-plongeurs et s'élève ainsi à **€ 60.350-** (dont **€1.250-** garantie Protection Juridique)

## 2. Nouveaux membres affiliés :

La compagnie se considère comme engagée sur tout risque nouveau, c.à.d. dès l'inscription d'un nouveau membre dans le registre déposé au siège de la fédération. 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 fut inscrit auprès du club et y régle 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, se verrait à la date même de la démission privé de tout droit à une indemnité lors d'un sinistre ultérieur.

## 4. Membres également affiliés à d'autres fédérations ou groupements :

Pour des membres également affiliés à d'autres fédérations, la couverture de la police ne sera acquise que pour autant qu'il est établi que les activités sportives pratiquées sont organisées sous la gérance, règlements et juridiction de la fédération.

Pour la pratique occasionnelle autorisée par la police en dehors du cadre de la fédération ou de ses clubs, la couverture de la police n'est acquise que s'il s'agit d'activités sportives qui ne sont pas organisées par des clubs affiliés à d'autres fédérations établies en Belgique.

## C. PRISE D'EFFET ET DUREE DE LA POLICE

### 1. Date de prise d'effet : **POLICE EN VIGUEUR.**

A partir de la date d'échéance annuelle du 01.01.1998 le présent document de contrat actualisé et coordonné est considéré comme seul document contractuel reconnu entre parties en remplacement des documents de contrat existants, qui ne seront plus d'application que pour des faits se situant avant cette date.

### 2. Durée :

Le présent contrat est conclu pour une durée d'un an, reconduit ensuite tacitement pour des périodes identiques, à moins que l'une des parties ne manifeste son intention d'y mettre fin au moyen d'une lettre recommandée déposée à la poste, trois mois avant l'expiration du terme en cours.

## D. QUERABILITE DE LA PRIME

- a) Pour ce qui concerne la prime relative à la police de base il est renvoyé aux conditions générales.
- b) Pour ce qui concerne la prime relative aux options complémentaires reprises dans la Division V il est renvoyé aux conditions reprises dans cette division même.

## E. TAXES APPLICABLES A LA PRIME NETTE

- 10 % comprises dans les primes (brutes) indiquées.

## F. MODALITES DE PAYEMENTS DE LA PRIME

La prime provisoire est payable en deux parties égales respectivement les 01/01 et 01/07 de chaque année.

Le décompte de prime est régularisé et payable pour le 31/12 de chaque année.

## G. DISPOSITIONS SPECIALES

- **N E A N T.**

## 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 s'oblige, dans les limites des garanties prévues par la présente police à indemniser les assurés des conséquences pécuniaires résultant des lésions corporelles, ayant pour cause directe un accident survenu tel que défini aux conditions particulières.

##### **Article 2**

Il est convenu que les garanties de la présente police s'étendent aux accidents 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 ou la mort.

Sont également garantis, pour autant que se situant dans le champ d'application du risque assuré, les lésions corporelles ou la mort :

- résultant d'intoxications et brûlures par suite de l'ingestion involontaire de produits mordants ou toxiques et l'inhalation de gaz ou vapeurs.
  - suite à la noyade ayant une cause non-endogène.
  - résultant d'empoisonnement alimentaire consécutif à l'ingestion de mets et boissons.
  - résultant de piqûres et de morsures d'animaux.
  - causés par la foudre ou provenant d'une décharge électrique fortuite.
  - survenus lors du sauvetage de personnes ou de biens en péril et les blessures reçues en cas de légitime défense.
  - les distorsions, les elongations et les déchirures musculaires dues à un effort soudain.
  - les atteintes à la santé qui sont la conséquence d'un accident garanti.
- Chaque fois qu'il est fait référence à "accident", au sens d'un événement pouvant donner lieu aux indemnités prévues par la police, ce terme s'applique également aux extensions de garantie décrites ci-dessus.

##### **Article 4 - RISQUES EXCLUS**

La police ne garantit pas la suite de faiblesse, refroidissement, congélation, insolation, congestion et leurs suites, infection du sang, empoisonnement, attaque d'apoplexie et d'épilepsie et autres affections de l'espèce, les hernies ou occlusions intestinales, quelles que soient leurs causes, les suites même accidentelles d'opération chirurgicale antérieure à l'accident, les lésions variqueuses ou des tissus affectés par les varices, les conséquences de rixe pour autant que la victime soit l'agresseur.

Par hernie exclue des garanties de la police, il faut entendre la hernie de faiblesse au sens médical du mot, ne trouvant pas ses causes dans l'accident lui-même. De même l'empoisonnement du sang n'est exclu des garanties de la police que lorsqu'il ne résulte pas d'une lésion accidentelle. La garantie de la police ne s'étend pas aux maladies, de quelque nature qu'elles soient, ni aux lésions causées par les rayons X .

Sont exclus de l'assurance :

- a) Le suicide ou la tentative de suicide
- b) Les conséquences des actes ou exercices dangereux, téméraires ou irresponsables, paris, défis ou participation à des délits.
- c) Les accidents survenus lors de guerre, d'invasion, de troubles civils, d'émeutes, de grève, d'attentats, de cataclysme naturel à moins que le bénéficiaire ne prouve que l'accident est sans relation avec les dits événements.

- d) Les accidents résultant de troubles mentaux, d'abus de consommation d'alcool, de l'emploi de stupéfiants, sauf si la preuve est apportée qu'il n'existe pas de lien causal entre ces circonstances et l'accident.
- e) Les accidents causés volontairement par l'assuré ou le bénéficiaire.
- f) Les conséquences directes ou indirectes :
  - des effets thermiques, mécaniques, radio-actifs et autres provenant d'une modification quelconque de la structure atomique de la matière;
  - de l'accélération artificielle de particules atomiques ;
  - de radiations provenant des radioisotopes.

Au cas où un état pathologique existant avant l'accident a influencé l'accident, c.à.d. a provoqué ou aggravé l'accident et/ou ses suites ou y a contribué directement ou indirectement, l'indemnité se calculera sur base des lésions corporelles et de leurs suites qu'une personne, jouissant d'une intégrité corporelle et d'un état de santé normaux, aurait encourues dans des circonstances identiques.

#### **GARANTIES**

##### **Article 5**

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

###### **1. En cas de mort :**

Si l'assuré décède à la suite d'un accident, 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, à l'époux cohabitant, à défaut aux héritiers légaux jusqu'au quatrième degré inclus.

A défaut la compagnie rembourse uniquement les frais d'enterrement 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 du fait d'un accident couvert, ainsi que la qualité des bénéficiaires.

###### **2. En cas d'invalidité permanente :**

Telle qu'elle est prévue ci-dessous et résultant d'un accident, un capital, payable à l'assuré aussitôt après la constatation définitive du degré d'invalidité.

###### **3. En cas d'incapacité temporaire :**

Lorsque l'accident entraîne une incapacité temporaire, la compagnie paie 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 nécessaires à la guérison suite à un accident tombant sous l'application du présent contrat, à concurrence de la somme stipulée aux conditions particulières, dans les limites et suivant les dispositions prévues dans ces conditions particulières.

##### **Article 6**

Les causes de la mort, de l'invalidité permanente ou de l'incapacité temporaire, ainsi que le degré de l'invalidité permanente et la durée de l'incapacité temporaire sont constatés, soit d'un commun accord entre la compagnie et l'assuré, ou en cas de décès, les bénéficiaires éventuels, soit, à défaut d'accord, par deux médecins désignés, chacun par l'une des parties.

S'il y a divergence entre eux, il peut être recouru d'un commun accord à une sentence arbitrale auquel cas les deux médecins s'en adjoindront un troisième pour les départager.

La nomination d'un tiers expert se fait, au besoin, par le juge des référés du domicile de l'assuré à la requête de la partie la plus diligente. Les honoraires et frais relatifs à l'intervention de chacun des deux premiers médecins resteront à la charge de la partie qui l'aura désigné, quant à ceux concernant le troisième médecin, chacune des parties en supportera la moitié.

#### Article 7

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

Les invalidités non-énumérées ci-dessus, même d'importance moindre sont indemnisées en proportion de leur gravité comparée à celles 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.

#### Article 8

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 infirmités provenant du même accident s'obtient par addition, sans pouvoir dépasser la somme intégrale assurée pour infirmité 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 convenu pour le cas de mort 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 mort ne pourra contester la réduction que subit, de ce fait, le capital assuré.

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

#### Article 9

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 évalués 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, toutes les fois que les conséquences d'un accident seront aggravées par des causes, des circonstances, un état de santé ou d'invalidité indépendants du fait accidentel, l'indemnité se calculera d'après les conséquences qu'aurait eues l'accident chez une personne placée dans des conditions corporelles et de santé normales, ne subissant pas l'action de ces causes et circonstances.

#### Article 10 - 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, le nom, les prénoms et le domicile de la victime et des témoins.

Elle doit être accompagnée d'un certificat médical mentionnant les conséquences probables de l'accident et la durée probable de l'incapacité de travail qui résultera de l'accident.

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

Pour tout accident suivi de mort, la compagnie doit en être avisée immédiatement, et en tous cas en temps utile pour lui permettre d'exercer son droit de contrôle, et de recourir au besoin à l'autopsie du corps. Immédiatement après l'accident, le blessé est tenu de recourir aux soins d'un docteur en médecine si son état le réclame.

Le bénéficiaire de l'assurance doit prouver que la mort, l'invalidité permanente, l'incapacité temporaire ou les frais de traitement sont la conséquence directe de l'accident couvert par la police, il doit de même fournir à la compagnie ou à son délégué tous renseignements et pièces justificatives touchant l'accident qui lui seraient réclamés.

Les médecins et les délégués des assureurs auront toujours libre accès auprès de l'accidenté pour constater son état.

En cas de mort, la compagnie se réserve le droit de recourir à l'autopsie du corps. A moins qu'il apparaisse indubitablement qu'il s'agit d'un accident tombant sous l'application de la police, est exclu de la garantie le cas de mort pour lequel la compagnie n'a pu exercer son droit de contrôle et/ou pu faire procéder à une autopsie par suite d'un manquement aux obligations prévues ci-dessus.

#### Article 11 - RESILIATION APRES SINISTRE

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

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

#### PAYEMENT DES PRIMES

##### Article 12

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

**Article 13**

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

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

Si la garantie a été suspendue, 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 14**

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

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

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

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

3) Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration ne sont pas intentionnelles, la compagnie propose, dans un délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, la modification du contrat avec effet au jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

Si la proposition de modification du contrat est refusée par le preneur d'assurance ou si, au terme du délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, la compagnie peut résilier le contrat dans les quinze jours.

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

**Article 15**

En cours de contrat, le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer, dans les conditions de l'art. 14-1°, les circonstances nouvelles ou les modifications de circonstances qui sont de nature à entraîner une aggravation sensible et durable du risque de survenance de l'événement assuré.

1) Lorsque le risque de survenance de l'événement assuré s'est aggravé de telle sorte que, si l'aggravation avait existé au moment de la souscription, la compagnie n'aurait consenti l'assurance qu'à d'autres conditions, elle doit, dans le délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'aggravation, proposer la modification du contrat avec effet rétroactif au jour de l'aggravation. Si la proposition de modification du contrat est refusée par le preneur d'assurance ou si au terme

d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, la compagnie peut résilier le contrat dans les quinze jours.

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

2) Lorsqu'au cours de l'exécution du contrat, le risque de survenance de l'événement assuré a diminué d'une façon sensible et durable au point que, si la diminution avait existé au moment de la souscription, la compagnie aurait consenti l'assurance à d'autres conditions, celle-ci accorde une diminution de la prime à due concurrence à partir du jour où elle a eu connaissance de la diminution du risque. Si les parties contractantes ne parviennent pas à un accord sur la prime nouvelle dans un délai d'un mois à compter de la demande de diminution fournie par le preneur d'assurance, celui-ci peut résilier le contrat.

**Article 16 - MODIFICATIONS DES CONDITIONS  
D'ASSURANCE ET TARIFAIRES**

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

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

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

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

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

**Article 18**

La compagnie peut résilier le contrat :

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

**Article 19**

Le preneur d'assurance peut résilier le contrat :

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

Cette résiliation doit être notifiée au plus tard trois mois avant la prise

d'effet du contrat.

**Article 20**

La résiliation se fait par exploit d'huissier de justice, par lettre recommandée ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé. Sauf dans les cas visés aux articles 13, 16 et 17, la résiliation n'a d'effet qu'à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la

signification ou de la date du récépissé ou, dans le cas d'une lettre recommandée, à compter du lendemain de son dépôt à la poste.

La résiliation du contrat par la compagnie après déclaration d'un sinistre prend effet lors de sa notification, lorsque le preneur d'assurance ou l'assuré ont manqué à l'une des obligations nées de la survenance du sinistre dans l'intention de tromper la compagnie.

**Article 21 - 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 22 - 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 23 - 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 24 - PLURALITE DE CONTRATS.**

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

**CONDITIONS PARTICULIERES**  
**RESPONSABILITE CIVILE**

1. La garantie "Responsabilité Civile" forme une police connexe au contrat d'assurance "Individuelle Accidents". Elle est cependant limitée aux seules activités sportives assurées par ce contrat, conformément les conditions y reprises.
2. 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. La garantie s'étend aux accidents survenus pendant l'usage dans le cadre des activités de la fédération ou des clubs, d'unités de remplissage ou de compresseurs, dans la mesure où la fédération ou ses clubs doivent en répondre. Il est précisé d'autre part que pour ce qui concerne les déplacements en bateau, les dommages causés à ces bateaux ou par ces bateaux sont exclus de la garantie de la police.
3. **Les assurés :**
  - a) **La fédération souscriptrice :** *-risques de gérance-*  
Les dirigeants fédéraux, membres des comités et préposés en tant qu'ils assument la gestion fédérale conformément aux règlements de la fédération, en ce qui concerne les activités sportives assurées tombant sous leur juridiction et leur responsabilité de gestion, organisées avec l'assentiment de la fédération par les clubs affiliés pour leurs membres et ce pour les accidents survenus pendant lesdites activités sportives assurées exclusivement imputables à et ayant comme cause immédiate le fait de cette gérance.
  - b) **Les clubs affiliés :** *-risques d'organisation-*  
Les dirigeants de clubs, membres des comités et préposés, assurés en qualité d'organisateur des activités sportives assurées qui tombent sous l'autorisation, la juridiction et la gérance de la fédération souscriptrice et ce pour des accidents survenus pendant, exclusivement imputables à et ayant pour cause immédiate, le fait de cette organisation.  
Ne tombent sous l'application de la police que les risques qui peuvent généralement être considérés comme faisant partie de l'organisation des activités sportives assurées, c'est-à-dire avec lesquels tout organisateur d'une telle activité sportive est confronté.
  - c) **Les membres-moniteurs :** *-risques d'instruction-*  
Les membres-moniteurs en leur qualité d'instructeur des membres affiliés et ce pour des accidents survenus pendant, exclusivement attribuables à et ayant pour cause immédiate le fait d'assumer des missions fédérales se rapportant à l'instruction de la plongée.  
De telles formations ont une structure réglementée, ce qui veut dire que pour chaque niveau de l'instruction, le moniteur enseignant doit répondre aux exigences fixées pour ce niveau par les règlements fédéraux et que d'autre part le moniteur est tenu à concevoir sa mission d'enseignement conformément les règlements et prescriptions fédéraux.  
Cela veut dire aussi que les membres à enseigner doivent, lors des plongées d'enseignement, avoir l'expérience théorique et pratique de base, exigée réglementairement pour leur échelon d'enseignement.  
Sous la notion "instructions" on entend également dans ce contexte les plongeurs 2 et 3 étoiles qui sont désignés et délégué par les instructeurs pour exercer sous l'autorité de ces derniers certaines missions de formation, le tout conformément aux règlements et prescription fédéraux.
  - d) **Les sportifs affiliés :** *-risques de la pratique sportive-*  
Les membres pratiquants en leur qualité de pratiquant des activités sportives assurées auxquelles ils participent en tant que membre du club auquel ils sont affiliés, et ceci pour les accidents survenus pendant, exclusivement imputables à et ayant pour cause immédiate le fait de cette pratique.  
En ce qui concerne la pratique occasionnelle en dehors du cadre fédéral ou de club comme défini dans la police "Accidents Corporels", la garantie est également acquise à la prise de directive occasionnelle de plongée par des assurés qualifiés à la demande de co-plongeurs.  
Les accidents survenus dans les circonstances visées par les exclusions définies in fine de la Division II / litt. A sont bien entendu également exclus de la couverture en "Responsabilité Civile".
4. **Tiers :**  
Toutes personnes étrangères à la fédération souscriptrice, aux clubs et à leurs membres, n'ayant pas comme telles la qualité d'assurés.  
Toutefois, les personnes qui offrent gracieusement leur collaboration à l'organisation des activités sportives assurées sont considérées comme tiers, pour autant qu'elles ne tombent pas sous l'application de la loi sur les accidents de travail.  
Les membres pratiquants en leur qualité de sportifs au cours des activités sportives assurées, ainsi qu'à l'occasion d'une organisation commune avec des clubs de la NELOS, les membres NELOS y participant sont considérés comme tiers entr'eux et ce pour des accidents survenus pendant et par le fait de cette pratique, la couverture étant limitée dans ces cas à la garantie "Dommages Corporels".  
Vis-à-vis des membres-moniteurs en leur qualité d'instructeur les membres-pratiquants sont considérés comme des tiers et ce pour des accidents survenus pendant et par le fait des missions d'enseignements la couverture étant limitée dans ce cas également à la garantie "Dommages Corporels".
5. **Extensions -article 1386 C.C.- :**
  - a) Il est précisé que la garantie d'assurance s'étend également aux accidents attribuables aux installations nécessairement inhérentes à la pratique normale des activités sportives couvertes par la présente police, en ce compris les bâtiments servant de locaux de réunion ou de cantine et ce pour autant que les assurés soient propriétaire de ces installations ou bâtiments et pour autant que ces derniers soient utilisés par les assurés eux-mêmes au moment de l'accident.
  - b) **Sont cependant exclus :**
    - 1) La responsabilité découlant de l'exploitation d'une buvette faisant éventuellement partie des installations ou bâtiments cités plus haut.
    - 2) Les risques découlant des bâtiments ou installations autres que ceux repris au litt. a) ci-dessus.
6. **Mesures de prévention / Exclusions :**  
Indépendamment du fait de l'existence ou non de règles, règlements ou prescriptions 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 dans les conditions générales et particulières de la police, sont également exclus des garanties :
  - a) **Risques de gérance :**  
Accidents imputables à la non-exécution des missions de gérance prévues par les règlements fédéraux et ayant rapport aux risques des activités

sportives organisées par les clubs affiliés et pratiquées par les membres affiliés.

b) **Risques d'organisation :**

Accidents imputables au fait que, lors de l'organisation des activités assurées, des mesures de précaution adaptées aux circonstances présentes en vue de la prévention d'accidents ne sont pas prises ; autrement dit, les accidents qui, vu les circonstances présentes, sont prévisibles et dont il ne peut être indiscutablement démontré que, hormis des situations exceptionnelles, ils peuvent être évités sans que les mesures de précaution précitées soient prises.

c) **Risques d'instruction :**

Les accidents attribuables au fait de n'avoir pas pris ou fait prendre les précautions raisonnables à l'égard des dommages normalement prévisibles notamment ceux qui résultent naturellement de circonstances connues du moniteur et qu'il a toléré soit par négligence, soit systématiquement dans n'importe quel but.

d) **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.

e) **En général :**

Accidents imputables au fait qu'un assuré ne possède pas les qualifications règlementaires ou légales ou couramment répandues exigées pour les actes au cours et par le fait desquels ces accidents se sont produits.

**7. Lieux de validité des garanties :**

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

b) **Sur le plan de la pratique :** aux endroits où les sportifs assurés pratiquent les activités sportives tombant sous l'application de la présente police, et ce conformément les dispositions reprises dans la Division I / litt. C "**Où est-on assuré ?**".

**8. Garanties assurées :**

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

a) **Dommages corporels :** Par victime : **€ 250.000-**

Limite absolue pour l'ensemble de toutes les victimes : **€ 2.500.000-**

b) **Dégâts matériels :** **€ 250.000-**

- **Franchise :**

Il est tenu compte des implications des stipulations et conventions ayant rapport à l'article 45 de la loi du 25.06.1992, lequel concerne la pluralité d'assurances dont il est question à l'article 24 des conditions générales de la police.

Les indications suivantes doivent être prises en considération :

- 1) 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.
- 2) Si, lors d'un sinistre couvert, il n'y a pas d'intervention prioritaire mais bien une co-intervention effective dans le chef d'une autre police d'assurance R.C. , l'intervention de la présente police est fixée conformément les dispositions reprises dans l'article 45 de la loi du 25.06.1992.

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

La limitation des garanties comme mentionnée ci-dessus est d'application quel que soit la qualité et/ou le nombre d'assurés rendus responsables d'un accident. Les garanties sont limitées par année d'assurance, mais elles peuvent être reconstituées.

**9. Recours**

Les garanties de la police sont accordées sans préjudice du recours de l'assureur contre les parties non-garanties par la police qui, sous quelque forme que ce soit, sont impliqués dans les risques assurés par la police. Toutefois, la compagnie déclare renoncer à tout recours contre les propriétaires de carrières inondées, ainsi que contre les exploitants de bassins de natation.

**10. Pour ce qui concerne :**

1. Les activités sportives assurées.
2. Régistre des membres / Primes.
3. Quérabilité de la prime.
4. Prise d'effet et durée de la police.
5. Taxes applicables.

il y a lieu de se référer à la Division II des présentes conditions particulières.

**11. Pluralité de contrats :**

Afin de permettre à la compagnie d'appliquer en cas de sinistre les stipulations et conventions dans le contexte de l'article 45 de la loi du 25.06.1992, il doit être porté à sa connaissance, dans le cadre de l'article 24 des conditions générales du contrat, l'existence de toute police assurant également le sinistre déclaré, quel que soit le souscripteur de ces polices.

Fait à Bruxelles, le **10.09.2002** , 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. **ZELIA** (Division I à V)  
S.A. **AI G - Europe** (Division VI)

Par Procuration

**S.A. A R E N A**

**ASSURANCE "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.

**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 corporels et matériels causés aux tiers et résultant d'une manière exclusive et directe du risque couvert par la présente assurance tel qu'il est défini aux conditions particulières.

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

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

**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.

La compagnie paie, même au-delà des limites de la garantie, les frais afférents aux actions civiles ainsi que les honoraires et les frais d'avocats et des experts, mais seulement dans la mesure où ces frais ont été exposés par elle ou avec son accord ou, en cas de conflit d'intérêts qui ne soit pas imputable à l'assuré, pour autant que ces frais n'aient pas été engagés de manière déraisonnable.

Si la réparation civile consiste en une rente et qu'une acquisition de titre est ordonnée pour garantir son payement, 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. les accidents corporels et dommages matériels :
  - a) résultant d'un fait volontaire d'une des personnes assurées
  - b) dus à des événements ou à des engins de guerre, faits de grèves, émeutes, troubles civils
  - c) occasionnés directement ou indirectement par une explosion atomique ou par des émanations radioactives dues à un phénomène de modification du noyau atomique
3. les accidents causés par tout véhicule automoteur
4. les dommages causés :
  - a) aux biens immobiliers, aux matières premières, objets et animaux, dont le preneur d'assurance et/ou l'organisateur assuré sont locataires ou dépositaires ou qui leur sont confiés pour usage et/ou tout

autre but.

b) intentionnellement.

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. La responsabilité objective -incendie et explosions- sur base de la loi du 30.07.1979 et des A.R. des 25.02.1991 et 05.08.1991.

**OBLIGATIONS EN CAS D'ACCIDENT****Article 4**

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

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

Le preneur d'assurance et les autres assurés devront fournir à la compagnie ou à ses délégués tout autre renseignement utile se rattachant à l'accident.

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

**Article 5**

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

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

Ces interventions de la compagnie n'impliquent aucune reconnaissance de responsabilité dans le chef de l'assuré et ne peuvent lui causer préjudice.

L'indemnisation définitive ou le refus d'indemniser est communiqué au preneur d'assurance dans les délais les plus brefs.

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

**Article 6**

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

**Article 7 - TRANSMISSION DES PIECES**

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

**Article 8 - DEFAUT DE COMPARAITRE**

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

**Article 9 - DROITS DE LA PERSONNE LESEE****a) Droit propre de la personne lésée :**

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

**b) Opposabilité des exceptions, nullités et déchéances :**

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

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

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

**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 11**
- **PAYEMENT DES PRIMES : Article 12  
Article 13**
- **DESCRIPTION ET MODIFICATION DU RISQUE/  
DECLARATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE : Article 14  
Article 15**
- **MODIFICATION DES CONDITIONS  
D'ASSURANCES ET TARIFAIRES : Article 16**
- **DUREE/RENOUVELLEMENT/FIN DU  
CONTRAT : Article 17  
Article 18  
Article 19  
Article 20**
- **COMMUNICATIONS ET NOTIFICATIONS : Article 22**
- **RENOI / SURCHARGE : Article 23**
- **PLURALITE DE CONTRATS: Article 24**

**CONVENTIONS SPECIALES DE L'ASSURANCE "PROTECTION JURIDIQUE"  
CONNEXE A LA GARANTIE "RESPONSABILITE CIVILE" (DIVISION III)  
CONDITIONS GENERALES**

**A. OBJET DE L'ASSURANCE**

**Article 1**

La compagnie s'engage, dans les limites des présentes conditions, à aider l'assuré en cas de litige ou différend, à faire valoir ses droits à l'amiable ou si nécessaire par une procédure appropriée, en lui fournissant ses services et en prenant en charge les frais qui en résultent.

**B. ETENDUE TERRITORIALE**

**Article 2**

L'assurance est valable dans le monde entier et pour autant que la défense des intérêts de l'assuré soit assumée exclusivement dans un de ces pays.

**C. SINISTRES COUVERTS**

**Article 3**

- a) 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 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) .
- b) La défense civile est en principe assumée par l'assureur de la responsabilité civile. Elle n'est donc garantie lorsque les intérêts de l'assuré divergent de ceux de son assureur R.C. ou, si pour une raison valable, la couverture de responsabilité civile fait défaut.
- Il est rappelé que ne font pas partie de la garantie, les sommes en principal et accessoires (tels que dépens, intérêts ou pénalités) que l'assuré pourrait être condamné à payer en vertu d'une décision judiciaire ou d'une transaction amiable.

**D. QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?**

**Article 4**

La compagnie confie la gestion des sinistres à la S.A. LES ASSURES REUNIS, dont le siège est situé à BRUXELLES, AVENUE LOUISE 208, ci-après dénommé le "Gestionnaire".

Lorsque l'assuré désire faire appel à la garantie "Protection Juridique", il doit, dans les plus brefs délais, déclarer le sinistre au Gestionnaire. L'assuré s'engage en outre à transmettre au Gestionnaire tout renseignement, document ou justificatif nécessaire afin de permettre à ce dernier de rechercher une solution amiable satisfaisante et de l'aider à défendre efficacement ses intérêts.

L'assuré supportera les conséquences d'une communication tardive ou incomplète qui ne mettrait pas le Gestionnaire à même d'assumer convenablement la défense des intérêts de l'assuré.

L'assuré reste toujours seul maître de son sinistre et peut même prendre un accord de règlement ; cependant, les frais de tout mandataire désigné ou de toute procédure engagée sans l'accord écrit du Gestionnaire resteront à charge de l'assuré, sauf en cas de mesures conservatoires urgentes.

Si le règlement amiable s'avère irréalisable, le Gestionnaire transmettra son dossier à l'avocat ou à la personne mentionnée à l'article 6, dont les nom et adresse seront communiqués au Gestionnaire par l'assuré.

**E. PRESTATIONS ASSUREES**

**Article 5**

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

- Jusqu'à un montant maximum de € 6.200- par sinistre :
  - les honoraires et les frais d'avocat, d'huissier de justice ;
  - 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 .
- Jusqu'à un montant maximum de € 6.200- par sinistre :
  - les frais d'expertise.

Ces montants sont doublés au cas où deux ou plus d'assurés sont impliqués dans le même sinistre et font un appel justifié à une intervention.

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.

## F. LIBRE CHOIX DE L'AVOCAT

### Article 6

Lorsqu'il faut recourir à une procédure judiciaire ou administrative, l'assuré a la liberté de choisir pour défendre, représenter ou servir ses intérêts, un avocat ou toute autre personne ayant les qualifications requises par la loi applicable à la procédure.

Si un avocat intervient en dehors du territoire de la Cour d'Appel dont son barreau fait partie, les frais et honoraires supplémentaires qui en résultent restent à charge de l'assuré.

Lorsque plusieurs assurés possèdent des intérêts convergents, à défaut de désignation d'un seul avocat, la compagnie ne couvrira que les frais et honoraires de l'avocat librement choisi par le preneur.

L'assuré, lorsqu'il choisit un avocat, doit communiquer les nom et adresse de ce dernier en temps opportun pour que le Gestionnaire puisse lui transmettre le dossier qu'il a préparé.

Si l'assuré, sans l'accord du Gestionnaire, décharge l'avocat chargé de l'affaire au profit d'un autre, la compagnie ne prendra pas en charge les frais et honoraires excédant ceux qu'elle aurait été amenée à exposer si l'avocat n'en avait pas été dessaisi. Cette disposition ne s'applique pas lorsque l'assuré se voit obligé de changer de conseil pour des raisons indépendantes de sa volonté.

En aucun cas, ni la compagnie, ni le Gestionnaire ne sont responsables des actes des conseillers intervenant pour un assuré.

## G. PAIEMENT DES HONORAIRES ET FRAIS

### Article 7

Les honoraires et frais sont payés directement au conseiller, soit remboursés contre justification.

L'assuré s'engage à ne jamais marquer son accord, sans le consentement préalable du Gestionnaire, sur le montant d'un état de frais et honoraires ; à la requête du Gestionnaire, il demandera le cas échéant la taxation des honoraires et frais par le Conseil de l'Ordre ou selon toute autre procédure légalement prévue.

L'assuré qui obtient le paiement de frais ou dépens revenant à la compagnie doit les restituer au Gestionnaire. L'assuré s'engage à poursuivre la procédure ou l'exécution aux frais de la compagnie et sur l'avis du Gestionnaire, jusqu'à ce qu'il ait obtenu ces remboursements. A cette fin, il subroge la compagnie dans tous ses droits.

## H. DIVERGENCE D'OPINION

### Article 8

Sans préjudice de la possibilité d'engager une procédure judiciaire, l'assuré peut consulter un avocat de son choix, en cas de divergence d'opinion avec la compagnie et le Gestionnaire quant à l'attitude à adopter pour régler le sinistre et après notification par la compagnie ou le Gestionnaire de leur point de vue ou de leur refus de suivre la thèse de l'assuré.

Si l'avocat confirme la position de la compagnie ou du Gestionnaire, l'assuré est remboursé de la moitié des frais et honoraires de cette consultation.

Si contre l'avis de cet avocat, l'assuré engage à ses frais une procédure et obtient un meilleur résultat que celui qu'il aurait obtenu s'il avait accepté le point de vue de la compagnie ou du Gestionnaire, la compagnie qui n'a pas voulu suivre la thèse de l'assuré est tenue de fournir sa garantie et de rembourser les frais de la consultation qui seraient restés à charge de l'assuré.

Si l'avocat consulté confirme la thèse de l'assuré, la compagnie est tenue, quelle que soit l'issue de la procédure, de fournir sa garantie y compris les frais et honoraires de la consultation.

La consultation en question doit être écrite et motivée.

## I. OBLIGATION D'INFORMATION

### Article 9

Chaque fois que surgit un conflit ou qu'il y a désaccord quant au règlement du litige, le Gestionnaire informe le preneur :

1. du droit visé à l'article 6 des Conditions Générales "Protection Juridique" ;
2. de la faculté visée à l'article 8 des Conditions Générales "Protection Juridique".

## J. DROITS ENTRE ASSURES

### Article 10

Lorsqu'un assuré veut faire valoir ses droits contre un autre assuré ou contre le preneur, la garantie ne lui est pas acquise.

## K. DISPOSITIONS FINALES

### Article 11

La garantie ne s'applique pas :

1. aux amendes, accessoires et transactions pénales ;
2. sauf ce qui est prévu à l'article 8 des Conditions Générales "Protection Juridique", aux litiges opposant l'assuré au Gestionnaire.

## L. PRIME

### Article 12

Les primes font partie de la prime de base et sont renseignées dans la Division II.

- Ni les primes de la présente division, ni les sinistres s'y rapportant entrent en ligne de compte pour le calcul des contributions éventuelles au "Fond de Secours LIFRAS".
- Ni les primes, ni les garanties de la présente division entrent en ligne de compte pour une indexation automatique.

**OPTIONS D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRES****ASSURANCE "ACCIDENTS CORPORELS"**

**CES OPTIONS SONT A SOUSCRIRE PAR LES MEMBRES MEMES**

Faisant partie intégrante de la présente police, soumises par conséquent aux mêmes conditions et stipulations que celles y reprises, les options d'assurances mentionnées ci-après constituent des suppléments aux sommes assurées prévues à la Division I, étant entendu que leur couverture est limitée aux risques de la pratique même des activités sportives assurées.

Ces options sont facultatives et peuvent être sollicitées par chaque membre moyennant un formulaire spécialement conçu à cette fin.

**A. CAPITAUX - Décès et Invalidité Permanente-**

En complément des capitaux définis à la Division I, la compagnie garantit jusqu'à concurrence de maximum les montants y prévus, les capitaux qui ont été convenus sous cette option avec le preneur d'assurance.

Pour ce qui concerne la garantie "Invalidité Permanente" une franchise de 5% sera toujours d'application.

**B. FRAIS DE TRAITEMENT**

Jusqu'à concurrence de maximum le montant forfaitaire prévu sous cette option, la compagnie garantit en complément de la garantie définie à la Division I en matière de frais de traitement, une intervention supplémentaire en matière d'accidents de décompression ou de surpression pulmonaire nécessitant un transport spécial et un traitement de récompression dans un centre de récompression.

Cette garantie ne peut toutefois être souscrite séparément et n'est acceptée qu'avec une option en matière de "capitaux".

**OPTIONS - GARANTIES - SURPRIMES ANNUELLES PAR MEMBRE (taxes et frais compris)**

GARANTIES FORFAITAIRES		N° D'OPTION ET SURPRIMES ANNUELLES PAR MEMBRE	
A.	<b>CAPITAUX : a) Décès b) Invalidité Permanente</b>		
	1. a) € 12.500- b) € 12.500-	A/1	€ 27,27-
	2. a) € 25.000- b) € 25.000-	A/2	€ 54,54-
	3. a) € 37.500- b) € 37.500-	A/3	€ 81,80-
B.	<b>FRAIS DE TRAITEMENT : (accidents de décompression)</b> € 2.500-	B.	€ 5,45-

**C. DEMANDES DE COUVERTURES / DATE D'EFFET ET DUREE / QUERABILITE DE LA PRIME**

Une demande de couverture pour une ou plusieurs options peut être faite par chaque membre de la Fédération qui est également assuré par la police de base et ce moyennant l'introduction d'un formulaire de demande d'assurance spécial lequel devra renseigner e.a. :

- L'(les) option(s) souhaitée(s).
- Nom du club auprès duquel le membre est affilié.
- Date d'effet souhaitée.

Le formulaire de demande d'assurance doit être communiqué à la compagnie **au préalable**.

La couverture ne sera jamais acquise avant la date de réception du formulaire.

A la réception de ce document la compagnie établira un contrat d'assurance qu'elle adressera au preneur d'assurance - option(s) avec l'extrait de la police LIFRAS ayant trait à la couverture d'assurance faisant l'objet du contrat.

- Date d'effet / Durée :

La couverture est acquise à partir de la date d'effet renseignée sur la confirmation de couverture pour autant que la prime soit réglée.

Les contrats sont conclus pour une durée d'un an, reconduits ensuite tacitement pour des périodes identiques, à moins que l'une des parties ne manifeste son intention d'y mettre fin au moyen d'une lettre recommandée déposée à la poste, trois mois avant l'expiration du terme en cours.

- Querabilité de la prime :

Dans le contexte de ces options le demandeur devient preneur d'assurance auquel les articles des conditions générales relatives à la prime s'appliquent.

S.A. AIG-Europe entreprise d'assurances  
agrée sous le code n° 0976 pour pratiquer  
les branches 1 / 2 / 7 / 13 / 18 .

**POLICE N° : 2.009.718 / 011**

**OPTIONS D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRES FACULTATIVES**  
**ASSURANCE ASSISTANCE - RAPATRIEMENT**

**CETTE OPTION EST SOUSCRITE PAR LA LIGUE POUR COMPTE DE TOUS SES MEMBRES - PLONGEURS  
A L'EXCEPTION DES ASPIRANTS - MEMBRES (voir page 9 du contrat)**

**GARANTIES ASSUREES**

- Rapatriement médical au domicile.
- Rapatriement du corps en cas de décès.

La compagnie garantit à l'occasion d'un accident couvert par la police survenu à l'étranger lors de la pratique d'une activité sportive assurée par la police :

- La mise en oeuvre de tous moyens nécessaires à l'exécution des garanties prévues à la présente division.
- La prise en charge des frais s'y rapportant à concurrence de maximum **€ 12.500-** par accident.  
Le dépassement éventuel de ce montant sera récupéré auprès de l'assuré ou ses héritiers légaux.

Seules les autorités médicales de la compagnie sont habilitées à décider du rapatriement et du choix des moyens de transport. Les réservations sont faites par la compagnie.

**DEFINITIONS DES GARANTIES**

- Rapatriement médical au domicile

La compagnie rapatrie à son domicile l'assuré en état de quitter le centre médical à l'étranger.

Selon la gravité et les circonstances, l'assuré est transporté par :

- chemin de fer de 1<sup>e</sup> classe, en place assise, couchette ou wagon-lit ;
- ambulance ;
- avion de ligne régulière, en place assise ou en civière ;
- avion sanitaire privé.

Le moyen le mieux adapté est décidé et choisi par la compagnie.

- Rapatriement du corps en cas de décès

En cas de décès d'un assuré suite à un accident couvert par la police survenu à l'étranger lors de la pratique d'une activité sportive assurée par la police, la compagnie prend en charge et organise le transport du corps de l'assuré jusqu'à son domicile.

**GENERALITES**

1. Lorsque la compagnie organise un rapatriement, il peut être demandé au bénéficiaire d'utiliser son titre de voyage. Lorsque la compagnie a assuré à ses frais le retour du bénéficiaire il peut être demandé à ce dernier d'effectuer les demandes nécessaires au remboursement de ses titres de voyage non utilisés et de verser le montant perçu à la compagnie dans un délai maximum de 3 mois suivant la date de retour.
2. Pluralité de contrats  
En cas de pluralité de contrats couvrant simultanément le même intérêt contre les mêmes risques, la charge du sinistre sera répartie conformément aux stipulations et conventions dans le cadre de l'article 45 de la loi du 25.06.1992.
3. *Ne donnent pas lieu à un rapatriement* : les lésions bénignes, encourues à l'occasion d'un accident couvert par la police, qui peuvent être traitées sur place.
4. Si après une intervention il s'avérait plus tard que l'accident à l'origine de cette intervention n'était pas couvert par la police l'indemnité ainsi réglée indûment, sera récupérée auprès de l'assuré ou ses héritiers légaux.

**LA PRIME**

- L'option faisant l'objet de la présente division a un caractère facultatif. A cet égard la présente division se distingue donc de la police de base. Cela signifie qu'il n'y a aucune obligation pour la fédération à souscrire cette option, ni à la reconduire. La présente division ne sort dès lors des effets que dans le cas d'une souscription effective par la fédération de l'option, ainsi confirmée e.a. via les primes à régler.
- Ni la prime de la présente division, ni les sinistres s'y rapportant entrent en ligne de compte pour le calcul des contributions éventuelles au "Fond de Secours LIFRAS".
- Ni la prime, ni les garanties de la présente division entrent en ligne de compte pour une indexation automatique.
- La prime annuelle s'élève à **€ 2,48-** (taxes et frais compris) par assuré.

Au cas où la fédération souscrit la présente option pour compte de tous ses membres-plongeurs les dispositions suivantes sont d'application :

- Cette prime est due avec, c.à.d. au même moment et elle est calculée en tenant compte de la même base de provision que la prime de base (Division II), c.à.d. :

- Prime provisoire : Base 5000 membres-plongeurs , soit **€ 12.400-** (taxes et frais compris) payable en deux parties égales respectivement les 01/01 et 01/07 de chaque année de couverture.

Le décompte de prime est régularisé et payable au 31/12 de chaque année de couverture.

La présente option inclue la prime totale annuelle (taxes et frais compris) s'élève à **€14,55-** par membre-plongeur. (*€ 12,07-* (t.t.c.) *sans cette option* ).

La prime provisoire annuelle (taxes et frais compris) s'élève à : **€ 72.750-** . (*€ 60.350-* (t.t.c.) *sans cette option* ) .

**Pour l'application des garanties , l'assuré doit obligatoirement et préalablement à toute intervention engageant les garanties assistance du contrat , appeler exclusivement : 32.3.253.69.16**