

## DIVISION I : ASSURANCE “ACCIDENTS CORPORELS”

### A. INTRODUCTION

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

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

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

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

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

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

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

### B. GARANTIES ASSUREES ET MONTANTS

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

Les enfants qui au moment de l’accident n’ont pas atteint l’âge de **5 ans** : remboursement sur présentation des pièces justificatives originales des frais d’enterrement réellement exposés jusqu’à concurrence de maximum **€ 7.500-**.

#### ➤ **Frais funéraires**

Par la présente option, une garantie complémentaire liée au capital “**Décès**” (Section I) est acquise aux membres âgés de plus de 5 ans, victimes d’un accident mortel couvert par la présente police et survenu pendant et par le fait de la pratique de l’activité sportive principale assurée dans la police.

Ladite garantie prévoit le remboursement des **frais funéraires** réellement exposés en Belgique, jusqu’à concurrence de maximum **€ 4.500-** par accident, sur présentation des justificatifs originaux.

Les conditions à remplir en vue de l’obtention de cette garantie sont identiques à celles applicables au capital “**Décès**”. En conséquence, le remboursement a lieu en même temps que le paiement dudit capital décès. Cette option ne peut être souscrite que par la fédération, moyennant l’autorisation de la compagnie, pour le compte des membres-sportifs affiliés auprès d’elle.

#### ➤ **Assistance Obsèques** ( au titre de garantie alternative )

La garantie “**Frais funéraires**” implique automatiquement, en guise d’alternative à la présente garantie, une possibilité de recours à la garantie “**Assistance obsèques**”, auquel cas l’assureur assumera lui-même l’organisation des obsèques en Belgique. Cette “**Assistance obsèques**” est couverte par la compagnie **DELA Assurances S.A.**

**B. EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE** : réductible en cas d'invalidité permanente partielle, conformément au tableau repris à l'article 5 §2 des conditions générales, un capital de : **€ 15.000-** porté à **€ 30.000-** à partir d'un taux d'invalidité de **51%**.

L'article 5 §2 des conditions générales est complété comme suit : Toute demande d'indemnisation pour l'invalidité permanente doit être introduite dans les 6 mois suivant la date d'envoi du certificat de consolidation. La proposition formulée par la compagnie sera considérée comme acceptée, si elle n'est pas contestée dans les 60 jours qui suivent la date d'envoi de la proposition de règlement.

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

➤ Pour les membres qui ont atteint l'âge de **65 ans** accomplis, les garanties assurées sont limitées à **€ 15.000-**

**C. FRAIS DE TRAITEMENT** : payables dans les limites des conditions de la police pendant maximum les **-104- semaines**, à dater du jour de l'accident.

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

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

- 1) Uniquement à l'intervention dans les prestations reconnues par l'INAMI, pour lesquelles en outre la mutuelle prévoit une intervention dans les secteurs de l'assurance INAMI obligatoire et/ou libre, y accordant la garantie pour les dits gros et petits risques.
- 2) Et à concurrence d'un montant maximum représentant la différence entre le tarif officiel de l'INAMI des prestations dont question d'une part et le barème des interventions de la mutuelle en la matière, appliqué dans les secteurs d'assurance INAMI obligatoire et/ou libre d'autre part.  
Pour ce qui concerne les prestations reconnues par l'INAMI pour lesquelles il n'existerait pas de tarif, l'intervention de la mutuelle est considérée comme représentant 100% du tarif INAMI. La garantie ne s'applique pas aux différences dont le remboursement est en contradiction avec des dispositions légales.

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

1. La compagnie n'intervient pas dans toute prestation médicale ou para-médicale non-reconnue par l'INAMI.
2. La compagnie n'accorde pas son intervention pour une prestation médicale reconnue par l'INAMI et pour laquelle les assurés INAMI libres et/ou obligatoires en règle n'ont pas droit aux prestations de la mutuelle en vertu d'un règlement introduit à leur égard dans la loi sur l'INAMI. Les frais pour les prothèses dentaires sont toutefois couverts à concurrence de maximum **€ 25-** par dent, avec un maximum de **€ 175-** par accident présentant des lésions concurrentes.  
Pour ceux qui bénéficient de l'intervention de la mutuelle dans ces frais la garantie est ainsi limitée à la différence entre les montants assurés et cette intervention de la mutuelle.
3. Les produits pharmaceutiques, bandages, pansements et braces doivent, pour pouvoir faire l'objet d'une intervention, non seulement être reconnus par l'INAMI et faire l'objet de prestations de la mutuelle, mais ils doivent en outre avoir été prescrits par un médecin dans le cadre de l'accident assuré.
4. Pour les jours d'hospitalisation, seul le prix officiel de séjour en salle commune sera considéré comme tarif officiel INAMI.
5. On entend également par assurés INAMI obligatoires et/ou libres, les personnes à charge de ces derniers.

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

A concurrence de maximum **€ 125-**, la compagnie accorde sa garantie dans cette option en complément de la garantie en matière de "Frais de traitement" définie à la Division I pour :

- La différence entre, d'une part, les frais et honoraires réclamés pour des prestations reconnues par l'INAMI et reprises dans la nomenclature INAMI officielle et, d'autre part, le tarif INAMI officiel pour ces prestations, au cas où les prestataires de soins dépasseraient ce tarif. Cette extension de garantie ne s'applique cependant pas à la physiothérapie ni à la kinésithérapie et, en ce qui concerne les jours d'hospitalisation, ne s'applique pas aux excédents du prix officiel de séjour en salle commune.

Cette extension de garantie est toujours limitée par prestation à un dépassement de maximum 50% du barème officiel INAMI.

Pour ce qui concerne les prestations reconnues par l'INAMI et reprises dans la nomenclature INAMI officielle, pour lesquelles il n'existerait pas de tarif, l'intervention de la mutuelle est considérée comme représentant 100% du tarif INAMI.

- Toute prestation médicale reconnue par l'INAMI et reprise dans la nomenclature officielle INAMI, pour laquelle un blessé n'a pas droit à l'intervention de sa mutuelle en vertu d'une réglementation introduite dans la loi INAMI à l'égard des assurés INAMI obligatoires, et/ou libres en règle.  
Cette disposition ne s'applique pas aux prothèses dentaires pour lesquelles un remboursement est prévu à la Division I pour chaque assuré.
- Les médicaments reconnus par l'INAMI et repris dans la nomenclature INAMI officielle pour lesquels les barèmes des interventions de la mutuelle ne prévoient pas d'intervention.
- Les bandages, pansements et braces reconnus par l'INAMI et repris dans la nomenclature INAMI officielle, pour lesquels les barèmes de remboursements de la mutuelle ne prévoient pas d'intervention : la compagnie garantit jusqu'à concurrence de maximum **€ 25-** par fourniture et de maximum **€ 75-** par accident le remboursement desdits bandages, pansements et braces, pour autant que leur acquisition soit prescrite par un médecin dans le cadre de l'accident.  
Il est précisé que sous le vocable "bandages" sont compris les plâtres.
- ♦ **Remarques : ne sont pas garantis par la présente option :**
  - Les prestations **non reconnues** par l'INAMI et non reprises dans la nomenclature INAMI officielle (pas davantage couvertes par la police de base).
  - Les prestations reconnues par l'INAMI et reprises dans la nomenclature INAMI officielle concernant les matériaux divers pour lesquels les barèmes des interventions de la mutuelle ne prévoient pas d'intervention (pas davantage couvertes par la police de base).

### **Frais de transport de la victime**

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

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

■ **Lunettes et verres de contact** : Pour les lunettes et verres de contact, aucune intervention n'est prévue.

## ■ **Cas particuliers**

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

- a) A ceux qui ne sont pas en règle en tant qu'assurés INAMI-obligatoire et/ou libre, s'applique le principe selon lequel ils ne peuvent réclamer des prestations de police qui ne sont pas octroyées à ceux qui sont en règle, ce qui veut dire que la compagnie ne prend jamais en charge les prestations de la mutuelle dont ils auraient pu bénéficier s'ils avaient été en règle comme assuré INAMI obligatoire et/ou libre.
- b) Si un blessé peut prouver qu'au moment de l'accident il était parfaitement en règle en tant qu'assuré INAMI obligatoire et libre, mais qu'il n'a droit à aucune prestation de la mutuelle ni pour les petits ni pour les gros risques en vertu d'une réglementation introduite dans la loi INAMI à l'égard des assurés obligatoires et libres 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 l'on a droit aux prestations dans le secteur de l'assurance obligatoire, mais pas dans le secteur de l'assurance libre, l'extension de garantie ne s'applique pas aux petits risques. Cette extension de garantie ne s'applique à aucune autre circonstance, pas même en cas de non-intervention de la mutuelle pour des accidents survenus à l'étranger. D'autre part, il est entendu que l'intervention de la compagnie ne dépassera en aucun cas le montant maximum assuré.

### 2. Etrangers non domiciliés en Belgique

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

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

En toute circonstance l'intervention de la compagnie s'élèvera au maximum à la différence entre ces deux montants. L'application du présent article s'étend également aux belges affiliés à une mutuelle à l'étranger.

## ■ **Demandes d'autorisation**

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

## ■ **Règlements partiels**

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

## ■ **Clause de reconstitution de garantie**

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

## ■ Franchises contractuelles

### - Franchise forfaitaire (rachetable)

De la partie des frais de traitement calculée conformément aux dispositions contractuelles et qui entre en ligne de compte pour remboursement par la compagnie, la première tranche à concurrence de **€ 25-** n'est pas remboursée, à titre de franchise.

### - Franchises reliées à des prestations et circonstances spécifiques. Dans ces cas la franchise forfaitaire n'est pas d'application

- Pour les prestations de physio- et de kinésithérapie une franchise de 50% est appliquée sur la partie entrant en ligne de compte pour remboursement par la compagnie, calculée conformément aux dispositions contractuelles. **Cette franchise n'est pas d'application si les dits soins sont dispensés à la suite d'une hospitalisation avec intervention chirurgicale.**
- Pour les prestations fournies dans le contexte d'une hospitalisation et pour lesquelles l'intervention de la mutuelle est inférieure à 50% du prix INAMI officiel une franchise de 50% est appliquée sur la partie entrant en ligne de compte pour remboursement par la compagnie, calculée conformément aux dispositions contractuelles. **Cette franchise ne s'applique pas aux cas où il y a une intervention dans ces prestations à concurrence d'au moins 50% du prix INAMI officiel de la part d'un autre organisme assureur (p.e. police hospitalisation).**

## D. INDEMNITE JOURNALIERE

Payable, dans les limites des conditions de la police, jusqu'à maximum le **730ème jour suivant l'accident** et pour autant que l'incapacité de travail soit supérieure à **66%**. Comme on le verra plus loin, la plupart des assurés seront exclus de cette garantie, qui est dès lors aussi entièrement fondée sur le principe de la solidarité entre les assurés.

### Normes d'indemnisation

Cette garantie est uniquement acquise aux assurés exerçant une profession pendant la période où, frappés d'une incapacité de travail d'au moins 66% à la suite d'un accident couvert par la police, ils ne bénéficient d'aucune forme de revenus.

En termes de garantie d'assurance, cela signifie pour ces assurés que :

- a) Les salariés ne bénéficient d'aucune prestation.
- b) Les indépendants et les personnes exerçant une profession libérale bénéficient de prestations pendant les 30<sup>(\*)</sup> premiers jours d'incapacité de travail, pour autant qu'ils puissent prouver que pendant cette période, ils étaient dans l'impossibilité d'exercer leur profession à raison de 66% au moins.

(\*) Cette période assurée de 30 jours constitue le délai de carence prévu par la mutuelle pour ses interventions en cas d'incapacité de travail, au moment où le présent contrat est conclu. Au cas où cette période de délai de carence serait modifiée la période assurée ainsi que les références aux et les applications des 30 jours mentionnées dans la police seront adaptées conformément.

### Exception

Une intervention est toutefois accordée à ceux des assurés visés ci-dessus qui entrant en ligne de compte comme assurés obligatoires et/ou libres AMI, et étant en règle dans cette qualité n'ont pas droit aux prestations de la mutuelle en vertu d'une réglementation introduite dans la loi sur l'AMI à l'égard des assurés obligatoires et/ou libres AMI en règle (p.e. période de stage).

L'intervention leur est accordée durant cette période de non-intervention de la part de la mutuelle jusqu'au 730ème jour maximum suivant le jour de l'accident et ce :

- 1) pour les salariés à partir du 1er jour suivant la date d'expiration du salaire garanti ou partiel leur revenant en vertu des dispositions légales ou statutaires en vigueur et sans que l'intervention de la compagnie puisse être supérieure à la perte réelle de revenus encourue au cours de la période concernée, établie sur base du salaire servant également de norme aux interventions de mutuelle, à l'exclusion de toutes autres pertes de revenus (à noter que : les chèques-repas, primes de productivité et allocations quelconques ne sont pas couverts par la présente police d'assurance).

2) pour les indépendants et les personnes exerçant une profession libérale, à partir du 31<sup>ème</sup> jour (les 30 premiers jours étant couverts au b) ci-dessus) pour autant qu'ils puissent prouver que pendant la période visée, ils étaient dans l'impossibilité d'exercer leur profession à raison d'au moins 66%.

Cette garantie est également basée sur le principe selon lequel quiconque n'est pas en règle en tant qu'assuré à l'AMI obligatoire et/ou libre n'a pas droit aux prestations d'assurance que la police n'accorde pas à ceux qui sont en règle.

### **Montant assuré**

Le montant assuré de l'indemnité journalière s'élève à un maximum de **€ 25-** par jour ouvrable et est payable à partir du jour où apparaît la situation décrite ci-dessus, dans les conditions des normes décrites ci-avant.

### **Cas particuliers**

Les étrangers non-domiciliés en Belgique sont aussi soumis au principe selon lequel ils n'ont pas droit aux prestations d'assurance que la police n'octroie pas aux assurés belges. Ils ne peuvent bénéficier des indemnités journalières que dans la même période, les mêmes normes et pour les mêmes montants que ceux prévus ci-avant pour les assurés belges, et ce à condition qu'eux aussi ne bénéficient d'aucune forme de revenus selon les dispositions prévues par la police, même de la part de la mutuelle à laquelle ils sont affiliés à l'étranger. Cette disposition s'applique également aux belges affiliés à une mutuelle à l'étranger.

### **Garantie complémentaire limitée aux risques de pratique de l'activité sportive assurée par les membres-sportifs**

#### **➤ LE MONTANT ASSURE DE L'INDEMNITE JOURNALIERE est porté à :**

A concurrence de la somme journalière forfaitaire repris ci-après, la compagnie garantit une intervention journalière payable par jour ouvrable, dans les limites des conditions de la police, au plus tard jusqu'au 365<sup>ème</sup> jour après l'accident à tous les assurés exerçant une profession qui, à la suite d'un accident couvert par la police, sont frappés d'une incapacité de travail.

#### **1. Salariés pouvant prouver une perte de salaire**

A partir du 1<sup>er</sup> jour ouvrable suivant l'expiration du délai de carence contractuel, prenant effet le premier jour ouvrable suivant l'accident ou à partir du 1<sup>er</sup> jour ouvrable suivant la date d'expiration de la période de revenu garanti à titre légal ou statutaire du chef du contrat de travail de la victime si cette période dépasse le délai de carence contractuel prévu par la police ou si la police ne prévoit pas de délai de carence. Pour la période suivante, à savoir la période couverte, l'intervention de la compagnie ne dépassera jamais, par jour, la somme journalière assurée et pour toute la durée, ne sera jamais supérieure à la différence entre le salaire servant de norme aux interventions de la mutuelle sous forme de prestations primaires et/ou de prestations d'invalidité d'une part et les prestations de la mutuelle auxquelles les assurés INAMI obligatoires et/ou libres en règle ont droit d'autre part, à l'exclusion de toutes autres pertes de revenus (à noter que : les chèques-repas, primes de productivité et allocations quelconques ne sont pas couverts par la présente police d'assurance).

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

A partir du 1<sup>er</sup> jour ouvrable suivant l'expiration du délai de carence contractuel, prenant effet le premier jour ouvrable suivant l'accident ou à partir du 1<sup>er</sup> jour ouvrable suivant l'accident si la police ne prévoit pas de délai de carence. Pour la période suivante, à savoir la période couverte, ils doivent prouver qu'ils étaient dans l'impossibilité d'exercer leur profession et qu'ils ne pouvaient bénéficier d'aucune forme de revenus. L'intervention de la compagnie ne dépassera pas, par jour, la somme journalière assurée et pour toute la durée elle ne sera jamais supérieure à la différence entre la perte de revenu à établir par eux d'une part et les prestations de la mutuelle à partir du 31<sup>e</sup> jour d'autre part.

L'indemnité journalière assurée est diminuée en fonction du degré d'incapacité de travail constaté par le médecin, étant entendu que des incapacités inférieures à 66% ne donnent pas lieu à une intervention.

- **Délai de carence contractuel : -30- jours.**
- **Somme journalière assurée : € 6,20- par jour ouvrable**

## C. DISPOSITIONS GENERALES

### a) Notions d'accident / Extensions / Limitations / Exclusions complémentaires aux exclusions prévues par ailleurs dans la police

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

Cette circonstance ne peut toutefois entraîner de conséquences préjudiciables pour la compagnie.

Dans cette perspective, il est expressément insisté sur l'application des clauses de la police, traitant principalement de la condition physique des assurés, 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 réglementaires ou légales exigées.
2. Les lésions de surmenage dont les symptômes se manifestent lors d'une activité assurée sont exclues. Elles ne sont pas la suite d'un mécanisme d'accident puisqu'il s'agit de lésions endogènes se développant selon une genèse progressive.  
Causalité concurrente  
Lorsque, dans les suites d'un accident, des causes autres que le fait accidentel même interviennent, comme un état préexistant ou une aggravation occasionnée ultérieurement en dehors du fait accidentel, les dispositions respectives de l'article 4 (dernier §) et de l'article 8 des Conditions générales sont d'application. La simple transformation en symptôme d'un état préexistant à l'occasion d'une activité assurée ne tombe pas sous l'application de la police.
3. Il est bien entendu que la compagnie cessera toute intervention à partir du moment où l'assuré sera jugé guéri et/ou apte à reprendre la pratique du sport par son médecin traitant. En cas de reprise de la pratique du sport contre l'avis du médecin et sans l'autorisation de ce dernier, les suites de l'accident déclaré ne pourront pas faire l'objet d'une intervention.
4. Toute rechute des suites d'un accident couvert antérieurement par la présente police, même si l'assuré en a été déclaré guéri, ne donnera pas lieu à l'ouverture d'un nouveau dossier. L'octroi d'indemnités pour les suites de la rechute, tiendra dès lors toujours compte des périodes et indemnités ayant fait l'objet de l'accident initial. Le présent article ne s'oppose cependant pas aux dispositions de l'article 4 (dernier §) et de l'article 8 des conditions générales si la compagnie peut et souhaite en invoquer l'application, ce qui sera notamment le cas en cas de rechute des suites d'un accident antérieur, non couvert par la présente police. Quoiqu'il en soit, la causalité entre les lésions récidivantes et l'événement ayant causé les lésions antérieures doit être établie, de même que la mesure dans laquelle le dommage se manifestant lors de la récurrence est imputable à cet événement.
5. Le fait de ne plus pouvoir poursuivre la pratique des activités sportives assurées après un accident n'est pas pris en considération comme élément pour l'octroi des garanties de la police.
6. En cas d'accident, on devra toujours pouvoir produire la preuve, en cas de demande de la compagnie, qu'on était jugé médicalement apte sans réserves à pratiquer les activités sportives assurées. Les accidents pouvant avoir un rapport avec une réserve médicale quelconque sont exclus. Aussi longtemps qu'on n'est pas déclaré complètement guéri des suites d'un accident, on ne pourra solliciter l'intervention de la police pour un accident ultérieur.

7. L'assuré doit prendre toute mesure raisonnable pour prévenir et limiter les suites d'un accident. Lors du calcul des indemnités à allouer, la compagnie tiendra compte de cette disposition, qui s'appliquera aussi bien aux garanties de police indemnitaires (comme prévu à l'article 20 de la loi du 25.06.1992 C.A.T.) qu'aux garanties de police à caractère forfaitaire.

8. L'article 4 litt. g) des Conditions Générales est complété comme suit :

L'exclusion de cet article concernant les personnes affligées d'une infirmité importante ne s'applique pas dans les cas suivants :

- Pour des handicapés auditifs, visuels et moteurs :

a) lors de la pratique des activités sportives assurées spécialement organisées pour eux et encadrées par des moniteurs spécifiquement qualifiés à cet effet.

b) lors de la pratique des activités sportives assurées conjointement avec des non-handicapés dans les cas où le handicap permet un risque de pratique normal, c.-à-d. une pratique pareille à celle des non-handicapés.

Cette clause ne déroge pas aux dispositions de l'art. 4 (dernier §) ni de l'art. 8 des conditions générales.

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

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

Par terrorisme, on entend : une action ou une menace d'action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou religieuses, exécutée individuellement ou en groupe et attendant à des personnes ou détruisant partiellement ou totalement la valeur économique d'un bien matériel ou immatériel, soit en vue d'impressionner le public, de créer un climat d'insécurité ou de faire pression sur les autorités, soit en vue d'entraver la circulation et le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.

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

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

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

## **2. Subrogation**

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

## **3. Concours d'assurances**

### **a) Concours d'assurances à caractère différent**

*"Les indemnités du chef des garanties à caractère indemnitaire prévues dans la police sont diminuées des prestations dont l'assuré bénéficie en exécution d'une assurance concurrente à caractère différent (art. 40 de la loi du 25.06.1992 sur le contrat d'assurance terrestre)."*

Le présent article s'inscrit dans l'optique d'une maîtrise des primes relativement aux polices de groupe.

### **b) Concours d'assurances à même caractère**

Dans ce cas, les dispositions de l'article 45 de la loi du 25.06.1992 sur le contrat d'assurance terrestre ou celles de la convention U.P.E.A. 530 se situant dans le prolongement de cet article 45 sont d'application. La subsidiarité qui, dans le cadre de la convention U.P.E.A. 530, s'applique aux polices conclues "pour compte d'autrui" par rapport aux polices conclues personnellement est également d'application par rapport aux conventions d'assurances conclues avec un organisme assureur qui ne tombe pas sous l'application de la loi du 25.06.1992 sur le contrat d'assurance terrestre. Pour ce dernier cas au moins, le droit de subrogation en vertu de l'article 1251 alinéa 3 du C.C. est d'application à l'égard de ces organismes assureurs. Par garanties indemnitaires dans le contexte de l'art. 45, la présente police entend : les frais de traitement ainsi que l'indemnité journalière payable moyennant preuve de perte de revenus.

## **4. Déclaration et suivi des accidents / Administration de la preuve : Dispositions**

### **a) Informations à communiquer :**

1. Le délai pour déclarer un accident à la compagnie est renseigné à l'article 9 des conditions générales. Toutes les déclarations d'accident doivent être envoyées à la fédération aux fins de contrôle si la fédération le souhaite, ce qui apparaîtra dans le formulaire de déclaration d'accident personnalisé.
2. Toute évolution défavorable des suites d'un accident dont la compagnie avait été informée par déclaration d'accident ou par communication, doit être signalée immédiatement et spontanément à la compagnie, moyennant un certificat médical, afin que celle-ci soit à tout moment informée de la portée réelle de l'accident, lui permettant toujours d'agir en connaissance de cause afin de :
  - 1) Pouvoir exercer au moment le plus approprié à cette fin, un contrôle efficace avec e.a. la possibilité de procéder immédiatement à un examen des causes de l'aggravation des suites de l'accident et des circonstances dans lesquelles l'aggravation s'est produite, ainsi que la possibilité de faire des recommandations. Le tout au moment où ces aggravations surviennent.
  - 2) D'une manière plus générale, dans le cas de polices souscrites pour le compte d'un groupe d'assurés pouvant tous solliciter l'intervention de la police en tant que victimes d'un accident, pouvoir s'assurer une gestion de police claire et justifiable à tous égards.

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

3. Dans ce contexte, toute prolongation de la période d'incapacité de travail et de la durée du traitement ainsi communiquée à la compagnie par le médecin traitant doit faire l'objet d'un nouveau certificat médical explicatif à transmettre à la compagnie spontanément dans les 8 jours.

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

4. Au moment de la guérison, un certificat médical de guérison doit être fourni à la compagnie à titre de preuve. Ce certificat doit renseigner la période d'incapacité de travail, la date de guérison et la date à laquelle la pratique de l'activité sportive assurée peut être reprise. Ce certificat doit e.a. servir, lors d'accidents ultérieurs, de preuve du fait qu'on était autorisé à reprendre la pratique du sport. Aussi cette preuve doit-elle, pour pouvoir être acceptée en tant que telle, être fournie à la compagnie avant la reprise de la pratique du sport.

5. Pour ce qui concerne la déclaration et l'administration de la preuve relatives à des accidents mortels, il est également fait référence à l'article 9 des Conditions Générales.

**b)** Dans tous les cas où un accident est déclaré à la compagnie, celle-ci renvoie dès réception de la déclaration un accusé de réception et un message destiné au blessé, accompagné d'un document de règlement, mentionnant tous les éléments dont il ya lieu de tenir compte pour qu'un accident puisse être réglé. Pour ce qui concerne les attestations médicales dont question au a) 2 et 3 ci-dessus, la compagnie renvoie dès réception un simple accusé de réception. La personne chargée par le club de la gestion des dossiers de sinistres s'engage à réclamer à la compagnie les accusés de réception susmentionnés au cas où elle ne les aurait pas reçus dans la semaine qui suit l'expédition de la déclaration d'accident / des attestations.

Par déclaration, envoi ou expédition de tous les documents visés au a) ci-dessus, on entend toujours le fait de les faire parvenir à la compagnie.

**c)** Le club ou la fédération s'engage à respecter les dispositions susmentionnées et au cas où elle chargerait l'assuré de la gestion, d'informer ce dernier des engagements contractuels à respecter. L'ignorance à ce sujet de qui que ce soit ne pourra jamais être invoquée valablement.

**d)** 1) Afin de permettre à la compagnie d'appliquer en cas d'accident les stipulations et conventions dans le contexte des assurances concurrentes, l'existence de toute police assurant également l'accident déclaré doit lui être communiquée, quel que soit le souscripteur de ces polices.  
2) De plus, l'identité et l'adresse des responsables éventuels doit être communiquée à la compagnie afin de lui permettre d'exercer son droit de subrogation.

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

## DIVISION II : RISQUES ASSURES / PERSONNES

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

La police prévoit en outre une garantie facultative pour :

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

### A. L'ACTIVITE SPORTIVE PRINCIPALE

#### 1. Description

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

- **Activités de cyclotourisme, VTT et BMX, jogging & bike (hors compétition), inline-skating, cycloball, trottinette et promenade**

Réservé aux membres affiliés auprès de la fédération en tant que cyclotouriste/mountainbiker et qui paient la prime due pour cette catégorie. Cette discipline peut être pratiquée par les cyclotouristes/mountainbikers assurés selon les normes suivantes, et ce à condition qu'ils relèvent de l'administration et de la juridiction de la fédération.

#### **a) Excursion de cyclotourisme / Randonnées récréatives**

Organisées par la fédération ou les clubs affiliés, conformément aux dispositions prescrites en la matière par les autorités. De telles excursions peuvent également être organisées à l'étranger.

#### **b) Entraînements collectifs de cyclotourisme/randonnées récréatives organisés par la fédération ou les clubs affiliés à l'intention de leurs membres.**

De tels entraînements collectifs, qui doivent toujours avoir pour but le maintien de la condition physique en tant que cyclotouriste/mountainbiker, peuvent éventuellement aussi être organisés à l'étranger.

#### **c) Pratique du cyclotourisme ou randonnées récréatives non organisées par la fédération ou les clubs**

Les accidents survenus durant la pratique du risque de cyclotourisme ou de randonnées récréatives non organisés par la fédération ou les clubs affiliés sont assurés pour autant que les conditions suivantes soient remplies :

- 1) La pratique doit se dérouler à un endroit correspondant à l'activité exercée en Belgique ou à l'étranger.
- 2) Lors d'entraînements, il doit être indiscutablement établi que ceux-ci ont uniquement pour but le maintien de la condition physique. La charge de la preuve repose sur les assurés.

#### 2. Extensions

##### 1) a) Autres activités

A des occasions spéciales, les activités sportives assurées organisées par la fédération ou les clubs pour les membres affiliés à la fédération peuvent être encadrées ou se clôturer par un repas destiné à ces membres ou par des jeux populaires ludiques inoffensifs organisés à l'intention de ces membres.

Ces autres activités sont présumées former un ensemble avec l'activité sportive assurée qu'elles encadrent.

b) En ce qui concerne la pratique des activités sportives, les accidents survenus dans les **vestiaires, les douches et autres installations similaires**, lesquels sont toujours considérés comme faisant partie intégrante des **infrastructures** sportives, quelle que soit leur situation, sont compris dans la garantie. Cela s'applique également aux accidents survenus sur le chemin aller/retour séparant les vestiaires du lieu où sont pratiquées les activités sportives.

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

3) **Risques de déplacement** à bicyclette : applicables à toutes les activités précitées.

■ **Chemin vers les activités aller/retour**

Lorsqu'un assuré, en accord avec la fédération ou le club, participe à une activité assurée, il devra effectuer un déplacement de son domicile au lieu de rendez-vous et en sens inverse.

Les accidents survenus pendant et par le fait de ces déplacements sont couverts si les éléments suivants sont réunis :

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

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

4) **Voyages**

Les garanties s'étendent également pour les assurés aux accidents survenus lors de voyages et excursions collectifs organisés respectivement par la fédération ou les clubs dans le cadre de leurs activités, avec son soutien ou son approbation, en Belgique et à l'étranger.<sup>(\*)</sup>

La garantie ne s'appliquera cependant qu'aux accidents survenus par le fait du voyage, du simple séjour ou de la pratique sur place des activités sportives assurées par la présente police et ce pour autant que les assurés se trouvent sous la surveillance des clubs ou de la fédération, compte tenu en outre des dispositions applicables en matière de risques de déplacement, telles qu'elles sont définies ci-dessus. Les camps sportifs tombent notamment sous l'application de cette extension, qui couvre alors le séjour et la pratique de l'activité sportive principale.

Pour ce qui concerne la couverture, à l'occasion de ces risques, d'activités sportives accessoires et d'activités non sportives, il est fait référence aux articles y ayant trait repris plus loin dans la police.

<sup>(\*)</sup> **Remarque** :

**Assurances voyage et assistance voyage**

*Il va de soi que pour les destinations étrangères, ces garanties seront dans de nombreux cas insuffisantes et inadéquates. Il est vrai que les garanties prévues ne sont pas conçues pour la participation à des voyages à l'étranger. Il est fait référence à la Division V, qui comprend un article (B) traitant d'assurances spéciales voyage et assistance voyage.*

3. **Les assurés - extension**

Les garanties du présent contrat sont également acquises aux aides bénévoles au service du preneur d'assurance et dont mention est faite à la compagnie.