

# ARENA

*The Name in Sports Insurance*



## ARENA *Multi-Risques*

## TABLE DE MATIERE

	<u>PAGE</u>
Déclaration de principe	3
Avant-Propos	4
<b>DIVISION I - Accidents Corporels</b>	<b>5-12</b>
■ A. Qui est assuré ?	5
■ B. Quand est-on assuré ?	5
■ C. Où est-on assuré ?	5
■ D. Comment est-on assuré ?	6-9
■ E. Dispositions générales	9-12
<b>DIVISION II - Activités assurées / Personnes</b>	<b>13-16</b>
■ A. Les activités sportives assurées	13
■ B. Régistre des membres / Primes	14
■ C. Prise d'effet et durée de la police	15
■ D. Paiement de la prime	15
■ E. / F. / G. / H. Généralités	16
<b>DIVISION III - Responsabilité Civile</b>	<b>17-20</b>
■ Les activités assurées	17
■ Les assurés	17
■ Tiers	18
■ Garanties assurées	18-19
■ Exclusions	20
<b>DIVISION IV - Protection Juridique</b>	<b>21-23</b>
<b>DIVISION V - Options d'assurance complémentaires</b>	<b>24-25</b>
<b>DIVISION VI - Assistance Voyage</b>	<b>26-28</b>
<b>SIGNATURE A LA PAGE</b>	<b>19</b>

# ARENA

## The Name in Sports Insurance

## CONDITIONS PARTICULIERES

**MULTI-RISQUES**

## LE PRENEUR D'ASSURANCE

**L I F R A S a.s.b.l.**REPRESENTE  
PAR

Le Conseil d'Administration  
RUE JULES BROEREN 38  
B-1070 BRUXELLES

Police n° 1.102.200  
Police n° 1.102.201  
Police n° 1.102.201/1  
Police n° 2.009.718/011

**ACCIDENTS CORPORELS  
RESPONSABILITE CIVILE  
PROTECTION JURIDIQUE  
ASSISTANCE RAPATRIEMENT**

## GENERALITES

Date d'effet

Echéance principale  
Fractionnement  
Code client

Version actualisée à.p.d.

**Police en vigueur** : texte de contrat  
actualisé et coördonné, d'application  
à.p.d. 21.04.2005

**01/01  
Semestriel  
38.000  
01.01.2007**

## 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 "fédérations" dans le texte doivent se lire "ligue".

S.A. ARENA - RUE JOSEPH II 36-38 - 1000 BRUXELLES - TEL. : (02) 512.03.04 - FAX : (02) 512.70.94

C.B.F.A. : 10.365

BE 0.449.789.592

Garanties souscrites pour compte de la compagnie d'assurance agréée :

S.A. NATIONALE SUISSE ASSURANCES - Code 0124

S.A. A I G - EUROPE - Code 0976

## AVANT - PROPOS

1. 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.
2. **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 réglementées. 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.
3. 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 coordination dont LIFRAS fait partie comme ligue francophone indépendante au même titre que la ligue flamande NELOS. Dans cet organe de coordination les deux ligues ont des plans communs de caractère technique et d'organisation.

### PROTECTION DE LA VIE PRIVEE - LOI DU 08.12.1992

Les listes de membres, auxquelles il est fait référence dans le cadre des polices "Sport" d'ARENA, ont essentiellement pour but d'une part de vérifier en cas de déclaration de sinistre si la victime est bien assurée et d'autre part, le cas échéant, de connaître le nombre de membres en vue du calcul des primes. Pour autant que la police prévoit que ces listes de membres doivent être transmises à la compagnie, les données à fournir peuvent se limiter au nom, prénom et date de naissance des membres assurés, éventuellement par club affilié s'il s'agit d'une police fédérale. La compagnie se satisfait d'une copie de ces données, étant entendu qu'elle peut à des fins de contrôle consulter les données originales plus complètes en possession du preneur d'assurance. Cependant, pour les polices à l'égard desquelles l'acceptation du risque nécessite une attestation médicale, les données originales doivent être transmises. C'est dans ce contexte qu'il y a lieu de situer la loi du 08.12.1992. Cette loi, relative à la protection de la vie privée à l'égard du traitement de données à caractère personnel, confère un droit d'accès aux personnes au sujet desquelles les données sont recueillies en vue de leur traitement manuel ou automatisé.

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

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

Le preneur d'assurance; maître du fichier original des affiliés, informera ses membres de cet usage, lorsque dans le cadre de la police d'assurance ils peuvent faire l'objet de listes de membres à communiquer à la compagnie. En ce qui concerne les données complémentaires, à fournir spécifiquement dans le cadre d'une déclaration d'accident, la compagnie, via les canaux prévus dans la police, met en outre un avis à la disposition de la victime, lequel mentionne e.a. les implications de la loi du 08.12.1992.

## DIVISION I : ASSURANCE "ACCIDENTS CORPORELS"

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.
- **Tous les membres affiliés pour lesquels une prime d'assurance est payée sont automatiquement couverts pour toutes les activités entrant dans le cadre de leur volontariat et ce aussi bien pour les activités sportives que extra-sportives.**

### 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 ASSURÉ ?

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'art. 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 calendrier, 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 calendrier et ce dans les limites suivantes :

### 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 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

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.

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 91<sup>ème</sup> 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 réglementaires 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 réglementaires, 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. Les assurés doivent se soumettre annuellement à un examen médical pour attester qu'ils ne souffrent d'aucune inaptitude à la pratique de l'activité sportive assurée. Le dernier examen doit dater au plus tard de l'année qui précède l'exercice en cours. La date de cet examen est inscrite dans le carnet du plongeur. En cas d'accident, l'assuré doit être en mesure de produire la preuve de cet examen. Certaines contre-indications, à défaut d'exclure, peuvent sur avis médical, limiter l'activité sportive assurée. La couverture d'un accident en rapport avec une réserve médicale non respectée est exclue. En cas d'accident dont les conséquences limitent ou interdisent la pratique de l'activité assurée, un certificat de guérison ou une autorisation médicale est nécessaire pour la reprise de l'activité.

5. Par extension à l'article 3 des conditions générales les garanties s'étendent également à :
- l'anoxie et l'hyperaxie
  - les accidents de décompression
  - 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 :

- 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 pour la pratique de la plongée.

La compagnie admet comme co-plongeur les détenteurs d'un brevet octroyé par la CMAS, le PADI et le VVW, ainsi que tous les brevets délivrés par les organisations conventionnées CMAS.

Pour tous les autres brevets ou aptitudes, le degré de valeur équivalent devra être prouvé par quelque 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.

- 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 1 étoile, sous le contrôle d'un moniteur ou d'un membre titulaire du brevet supérieur 4 étoiles 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

- 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.

- 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 les 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 :

- 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.
- 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.
- 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.

- 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.
- 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 pas 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.
- 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.
- 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 au 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 supportés par moitié par la compagnie et pour l'autre moitié par les assurés intéressés ou leurs ayants droit.

## DIVISION II : ASSURANCE "ACCIDENTS CORPORELS"

### 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 SUBAQUATIQUE

#### Modalités d'application

Sous la pratique de la plongée subaquatique 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.

Sont couverts sans distinction : les activités de plongées organisées dans un cadre fédéral ou de club, y compris clubs NELOS et les activités de plongée pratiquées pendant les périodes de loisirs et de vacances en Belgique ou à l'étranger.

- Un aperçu des activités de plongée et variantes règlementées par la fédération.
  - La plongée avec ou sans appareil de plongée.
  - La plongée aux mélanges modifiés, O2 et NITROX, y compris l'utilisation d'un appareil à circuit fermé ou recycleur NITROX.
  - 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).

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 gérance 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 : **€ 13,43-** (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 : **€ 6,14-** (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 le **01/09** et le **31/12** peuvent faire l'objet d'une réduction de prime à condition que le plongeur soit un nouveau membre qui n'a jamais fait partie de la LIFRAS et s'est inscrit après le **31/08**. Cette réduction ne s'applique donc pas suite à la réinscription tardive d'un membre ou suite à la réinscription d'un ancien membre absent de la LIFRAS une ou plusieurs années, même s'il n'était pas encore breveté.

La prime due pour ce nouveau membre (*taxes et frais compris*) est de **€ 5,50-** (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 **€ 67.150-** (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 ou groupements, la couverture sera acquise pour autant qu'ils n'agissent pas lors d'activités organisées par cette fédération ou groupement et qu'ils n'agissent pas pour compte ou mandatés par cet organisme.

## 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 PAYEMENT 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. ACTIVITES DE PROMOTION DU SPORT

### ■ Cours d'initiation

Cours d'initiation organisés par la fédération ou par les clubs affiliés et menés par des entraîneurs, moniteurs ou membres qualifiés à cet effet, destinés aux non-membres en vue de la découverte de l'activité sportive assurée, et dont le programme est techniquement et pédagogiquement adapté aux circonstances.

### ■ Modalités d'application

#### a) Période d'initiation

Un cours d'initiation peut se composer de maximum **3** séances auxquelles un non-membre peut participer, et ce dans un délai de maximum **1 mois**. Au terme de la période d'initiation assurée, le non-membre doit décider de son affiliation. En tant que non-membre, il ne peut plus bénéficier de la police, pas même par le biais d'autres clubs affiliés.

#### b) Contrôle

A moins que la fédération ne possède elle-même un système de contrôle adéquat approuvé par la compagnie et au moyen duquel elle centralise les données, les non-membres participant à des cours d'initiation doivent être inscrits dans un registre spécial "Membres à l'essai", dans lequel tous les participants doivent être inscrits sous des numéros qui se suivent, en mentionnant les dates des sessions auxquelles ils participent. Ce registre doit se trouver au siège de l'organisateur de ces cours d'initiation (fédération ou club), où il doit pouvoir être contrôlé à tout moment par la compagnie et par la fédération.



- Pratique du sport médicalement justifiée

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

c) Prime

La présente garantie est accordée sans que les non-membres soient redevables d'une prime.

## H. DISPOSITIONS SPECIALES

- **Contribution au “Fonds de Secours LIFRAS”**

Si notamment, grâce au concours de la fédération et de ses clubs, grâce à une approche correcte de la police et grâce à une pratique correcte du sport de la plongée, les résultats de la présente police se révélaient favorables, c.à.d. si la différence entre 64% de la prime annuelle nette d'une part et le montant des sinistres réglés et ceux restant à régler affectant à cette prime d'autre part présente un solde positif, la compagnie remboursera 40% de cette différence à la LIFRAS à titre de contribution à ses Fonds de Solidarité créé à l'intention d'affiliés grièvement blessés.

Cette contribution sera décomptée à la fin de la deuxième année suivant la clôture de chaque année d'assurance, et ce pour autant que la police ne soit pas résiliée par la fédération.

La fédération a toujours le droit de contrôler l'état relatif aux sinistres déclarés comme restant à régler.

Si, selon les mêmes normes de calcul, une année d'assurance est clôturée par un solde négatif, la perte est reportée aux années d'assurance suivantes afin d'y être comprise dans le calcul de la contribution jusqu'à résorption de la perte.

## DIVISION III : ASSURANCE “RESPONSABILITE CIVILE”

### A. OBJET

La compagnie couvre la responsabilité civile pouvant incomber aux assurés en vertu des articles 1382 à 1386bis du Code Civil et des dispositions de droit étranger ayant le même contenu, du fait de dommages causés aux tiers en des activités organisées ou imposées par la fédération contractante ou organisés par ses clubs avec son autorisation, y compris les entraînements et les répétitions, ainsi qu'à l'occasion des déplacements organisés en vue de la pratique de ces activités.

La responsabilité civile de l'organisation du chef des dommages causés à des tiers par ses volontaires durant les activités assurées conformément à la loi du 03.07.05, à ses amendements et à l'A.R. du 19.12.06 fait partie intégrante de cette garantie.

Pour toutes les organisations et tous les volontaires, relevant ou non de l'application de cette législation, la garantie est également acquise, moyennant application du règlement de responsabilité de droit commun ordinaire applicable.

### B. LES ACTIVITES ASSUREES

Outre les activités sportives reprises à la Division II, la police couvre également les activités suivantes :

- organisation de plongées en eaux profondes avec usage éventuel de bateaux conduits ou manoeuvrés par des tiers, avec toutefois exclusion de la chasse sous-marine.
- remplissage, transport et stockage de bouteilles d'air comprimé avec détention et usage de rampes de gonflages et de compresseurs.
- les activités extra-sportives, telles que bals, représentations artistiques ou cinématographiques, excursions en groupe et toutes autres activités socio-culturelles, peu importe qu'il s'agisse d'activités à caractère philanthropique ou d'activités destinées à récolter des fonds par alimenter la trésorerie du club.
- les activités statutaires, telles que assemblées générales et autres réunions administratives périodiques

Sans préjudice aux stipulations du contrat et notamment à l'article 3 des Conditions Générales, la présente police couvre également la Responsabilité Civile des assurés du fait de dommages causés aux bateaux dont question au premier paragraphe de cette rubrique et qui ne sont pas la propriété d'un assuré.

### C. LES ASSURES

a) La fédération souscriptrice : -risques de gérance-  
Les dirigeants fédéraux, membres des comités et préposés.

b) Les clubs affiliés : -risques d'organisation-  
Les dirigeants de clubs, membres des comités et préposés.

c) Les membres-moniteurs : -risques d'instruction-  
Les membres-moniteurs en leur qualité d'instructeur des membres affiliés.

d) Les affiliés : -risques de la pratique sportive-  
Tous les membres actifs et autres de la fédération et des clubs, identifiés par la possession d'une carte d'affiliation de la fédération contractante, ou par l'inscription au registre des membres de la fédération. 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”.

e) Les membres-médecins et les membres-secouristes : -risques liés au secourisme-  
Les membres-médecins et les membres-secouristes agissant comme bénévoles pour la ligue, la fédération, pour une de ses commissions ou pour un club affilié, qui portent secours dans les limites de leur qualification à une victime d'accident survenu dans le cadre d'une activité assurée.

f) Les volontaires

Les volontaires qui prêtent leur collaboration à l'occasion de l'organisation et du déroulement des activités assurées.

## D. TIERS

Toutes personnes étrangères à la fédération souscriptrice, aux clubs et à leurs membres, n'ayant pas comme telles la qualité d'assurés.

[Par extension les assurés sont considérés comme tiers entr'eux.](#)

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".

## E. EXTENSIONS -Article 1386 CC-

Il est précisé que la garantie d'assurance s'étend également aux accidents attribuables aux installations nécessairement inhérentes à la pratique normale des activités 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.

## F. MESURES DE PREVENTION / EXCLUSIONS

Indépendamment du fait de l'existence ou non de règles, règlements ou prescriptions comme précisé dans l'article 2 de l' Avant-Propos, la gérance, l'organisation et la pratique des activités 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.

[Toutefois, si à l'occasion d'un sinistre couvert, un dépassement des normes fixées par la LIFRAS devait apparaître, la compagnie renonce à opposer un refus d'intervention dans le cas où l'assuré responsable apporte la preuve de l'absence de relation causale entre ledit dépassement et le sinistre en cause.](#)

## G. GARANTIES ASSUREES

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

➤ Dommages corporel : Par victime : **€ 250.000-**  
Limite absolue pour l'ensemble de toutes les victimes : **€ 2.500.000-**

➤ 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.

Pour les :

- **Membres-moniteurs** ( *Risques d'instruction – Div. III / Point 3 / litt. c* )
- **Membres-médecins / membres-secouristes** ( *Risques liés au secourisme – Div. III / Point 3 / litt. e* )

les montants assurés suivants sont d'application :

- Dommages corporel : **€ 2.500.000-** par victime / par accident ou série d'accidents résultant d'un seul et même événement.
- Dégâts matériels : **€ 620.000-** maximum par accident ou série d'accidents résultant d'un seul et même événement

### ▪ Volontaires

[Le montant de la garantie est fixé conformément aux dispositions de l'article 5, premier et troisième alinéa, de l'Arrêté Royal déterminant les conditions de garantie minimales des contrats d'assurance qui couvrent la responsabilité civile extra-contractuelle relative à la vie privée \(A.R. 12.01.1984\).](#)

➤ Dommages corporel : **€ 12.394.700-** par sinistre

➤ Dégâts matériels : **€ 619.734-** par sinistre

Franchise dégâts matériels : **€ 123,95-**

[Les montants assurés et la franchise sont liés à l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui de décembre 1983, soit 119,64 \(base 100 en 1981\).](#)

[L'indice applicable en cas de sinistre est celui qui précède le mois au cours duquel le sinistre s'est produit;](#)

[Les exclusions prévues par l'A.R. du 19.12.2006 ont été reprises en annexe de ces conditions particulières.](#)

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.

## H. 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.

## I. POUR CE QUI CONCERNE

Régistre des membres / Primes / Quérabilité de la prime / Prise d'effet et durée de la police / Taxes applicables : il y a lieu de se référer à la Division II des présentes conditions particulières.

## J. PLURALITE DE CONTRATS

Afin de permettre à la compagnie d'appliquer en cas de sinistre les stipulations et conventions dans le contexte de l'art. 45 de la loi du 25.06.1992, il doit être porté à sa connaissance, dans le cadre de l'art. 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 22.03.2007, en autant d'exemplaires qu'il y a de parties.

## LE PRENEUR D'ASSURANCE

## LA COMPAGNIE

**S.A. NATIONALE SUISSE ASSURANCES** (Division I à V)

**S.A. A I G - Europe** (Division VI)

**Par Procuration**

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

*Agent-Souscripteur*

## COUVERTURE DE LA RESPONSABILITE EXTRA-CONTRACTUELLE DES ORGANISATIONS AYANT RECOURS A DES VOLONTAIRES (Loi du 03.07.2005 – A.R. du 19.12.2006)

### -EXCLUSIONS-

Les dommages causés à l'organisation ;

Les dommages découlant de la responsabilité civile soumise à une assurance légalement rendue obligatoire (notamment ceux visés par la législation sur l'assurance obligatoire des véhicules automoteurs) ;

Les dommages découlant de la responsabilité civile personnelle de l'assuré ayant atteint l'âge de 16 ans, auteur de dommages causés soit intentionnellement, soit résultant d'un état d'ivresse ou d'un état analogue dû à l'utilisation de produits autres que des boissons alcoolisées. Cependant, si nous sommes tenus d'accorder les garanties à un assuré dont la responsabilité civile est invoquée pour ces faits sans que cette responsabilité ne repose sur un fait intentionnel de la part de ce même assuré ;

Les dommages résultant directement ou indirectement de la modification du noyau atomique, de la radio-activité et de la production de radiations ionisantes ;

Les dommages matériels causés par le feu, un incendie, une explosion ou une fumée consécutive à un feu ou un incendie prenant naissance dans ou communiqué par le bâtiment dont l'assuré est propriétaire ou locataire, à l'exception toutefois du dommage survenant lors d'un séjour temporaire ou occasionnel de l'assuré dans un hôtel ou logement similaire ;

Les dommages causés par les bâtiments à l'occasion de leur construction, reconstruction ou transformation ;

Les dommages matériels causés par des mouvements de terrain ;

Les dommages causés par l'emploi de bateaux à voile de plus de 200 kg ou de bateaux à moteur qui sont la propriété de l'assuré ou sont loués par lui ;

Les dommages causés par l'emploi de véhicules aériens qui sont la propriété de l'assuré ou qui sont loués par lui ;

Les dommages causés par la pratique de la chasse de même que par le gibier ;

Tous les dommages qui résultent directement ou indirectement de l'amiante et/ou de ses caractéristiques nocives ainsi que d'autres matériaux qui contiennent de l'amiante sous quelque forme que ce soit ;

Les dommages qui résultent de la perte, la disparition ou le vol d'un support informatique, en ce compris les données enregistrées et les dommages immatériels qui en découlent ;

Les dommages occasionnés à des tiers par la pollution du sol, de l'eau ou de l'atmosphère. Cette exclusion n'est pas d'application si ces dommages résultent directement d'un accident ;

Les amendes ou transactions pénales, administratives, économiques, les astreintes et les indemnités en tant que mesure pénale ou dissuasive dans certains systèmes judiciaires étrangers ainsi que les frais judiciaires en matière de poursuites pénales ;

Les dommages relevant de la responsabilité des dirigeants de personnes morales par suite de fautes commises en leur qualité de dirigeant ;

Les sinistres en relation avec des faits de guerre, de guerre civile ou des faits de même nature.

## DIVISION IV : ASSURANCE "PROTECTION JURIDIQUE"

### ■ 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.

### ■ ETENDUE TERRITORIALE

#### Article 2

L'assurance est valable dans tous les pays de l'U.E. et de l'A.E.L.E., et pour autant que la défense des intérêts de l'assuré soit assumée exclusivement dans un de ces pays.

### ■ 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'art. 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.

### ■ QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

#### Article 4

Lorsque l'assuré désire faire appel à la garantie "Protection Juridique", il doit, dans les plus brefs délais, déclarer le sinistre à la compagnie à laquelle l'assureur de la garantie "Responsabilité Civile" a confié la gestion des sinistres "Protection Juridique". Ceci peut se faire par le biais de la S.A. ARENA.

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.

## ■ 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, quel que soit le nombre d'assurés impliqués :
  - les honoraires et les frais d'avocat , d'huissier de justice , d'expert , ..... ;
  - les frais de procédure qui restent à charge de l'assuré, y compris les frais afférents à l'instance pénale ;
  - les frais d'une procédure d'exécution par titre exécutoire .

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

## ■ 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 déssaisi. 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.

## ■ PAYEMENT 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.

## ■ 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.

## ■ 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".

## ■ 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.

## ■ 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.

## ■ 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.

## DIVISION V : OPTIONS D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRES

### 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".

#### 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.

OPTIONS - GARANTIES - SURPRIMES ANNUELLES PAR MEMBRE (taxes et frais compris)			
GARANTIES FORFAITAIRES		N° D'OPTION ET SURPRIMES ANNUELLES PAR MEMBRE	
A.	<u>CAPITAUX</u> : a) Décès b) Invalidité Permanente		
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.	<u>FRAIS DE TRAITEMENT</u> : (accidents de décompression) € 2.500-	B.	€ 5,45-

## DIVISION VI : ASSURANCE "ASSISTANCE VOYAGE"

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

**CETTE OPTION EST SOUSCRITE PAR LA LIGUE POUR COMPTE DE TOUS SES MEMBRES-PLONGEURS AFFILIES**

### INTRODUCTION

Cette Division VI est un complément aux garanties prévues dans la Division I de la police. Il s'agit plus précisément de deux couvertures faisant partie du domaine des assurances "Assistances Voyages", à savoir : "Rapatriement" et "Assistance en cas d'hospitalisation ou d'admission dans un centre hyperbare à l'étranger". Ces garanties "Assistances Voyages" sont uniquement acquises pour des accidents survenus à l'étranger pendant et du fait d'activités de plongée assurées par la police. Pour l'application des garanties, l'assuré doit au préalable prendre contact avec la **centrale d'alarme** en Belgique au n° **32.3.253.69.16 (AIG-Assistance)** en mentionnant : le n° de la police : **2.009.718/011** - a compagnie : **AIG-Europe (ARENA)** - la fédération : **LIFRAS**.

### ■ RAPATRIEMENT DE L'ETRANGER

- 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>o</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.

### ■ ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'ADMISSION DANS UN CENTRE HYPERBARE A L'ETRANGER

En cas d'hospitalisation et d'admission dans un centre hyperbare à l'étranger, il y a lieu de contacter la centrale des urgences en Belgique en vue d'une assistance (au niveau local). Les sommes assurées elles-mêmes sont celles prévues dans la division I de la police, soit : la différence entre les sommes assurées mentionnées ci-après et l'intervention de la mutualité.

#### - Hospitalisation

Prix par jour d'hospitalisation en chambre commune à concurrence de **€ 1.100-** par accident

#### - Traitements de recompression

**€ 8.700-** par accident.

Les frais doivent être raisonnables et normaux, ce qui signifie, d'une part, que les prestations fournies doivent correspondre à ce qui peut être considéré comme des prestations habituelles en ce qui concerne les lésions encourues et, d'autre part, que les honoraires réclamés pour ces prestations doivent correspondre au niveau de prix appliqué à des traitements équivalents par la plupart des centres de soins possédant les mêmes qualifications.

#### - Somme garantie complémentaire

Les deux sommes garanties sont respectivement majorées d'un forfait de **€ 1.250-** par accident dans le cadre de la présente garantie.

### 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.
5. Dans le cas où l'assuré fait appel à la centrale des urgences et où, à la suite de son intervention, cette dernière se voit contrainte de payer aux prestataires intervenants des factures au nom de la compagnie, l'assuré s'engage à faire le nécessaire pour permettre à la compagnie de récupérer de ces dépenses l'intervention de la mutualité et, le cas échéant, d'assurances concurrentes couvrant le même risque. Les postes des factures payées par le biais de la centrale des urgences qui ne seraient pas couverts par la police sont considérés comme des acomptes ou des prêts temporaires récupérables par la compagnie de l'assuré. La compagnie se réserve le droit de déduire les montants susmentionnés qui lui sont dus d'éventuelles autres indemnités encore à régler à l'assuré si les circonstances le justifient.

## 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 **€ 4.00-** (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 **€ 20.000-** (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 **€ 17.43-** par membre-plongeur (**€ 13,43-** (t.t.c.) *sans cette option* ) et pour les nouveaux membres (inscriptions entre le 01/09 et le 31/12 comme définies dans la **Division II – B. Régistre des membres/Primes – point 1.**) à **€ 9,50-** (**€ 5,50-** (t.t.c.) *sans cette option* ).

La prime provisoire annuelle (taxes et frais compris) s'élève à : **€ 87.150-** . (**€ 67.150-** (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 le n° :**

**32.3.253.69.16 (AIG-Assistance)**