CONDITIONS GENERALES CGAFS 01.2020

S.A. ARENA – AVENUE DES NERVIENS 85 bte 2 - 1040 BRUXELLES - TEL. : 02/512.03.04 - FAX : 02/512.70.94
0449.789.592 - FSMA 10.365

Garanties souscrites pour compte des suivantes compagnies d'assurances agréées :
AIG EUROPE SA (Belgian Branch) - Code 0976
StarStone Insurance SE

TABLE DES MATIERES

	PAGE
Notions	**3-4**
Assurance de la responsabilité civile	**5-8**
■ **Objet de l'assurance**	**5**
■ **Sommes assurées**	**5-6**
■ **Cas de non-assurance**	**7-8**
Assurance individuelle contre les accidents corporels	**9-14**
■ **Objet de l'assurance**	**9-10**
■ **Description des garanties**	
➢ **Décès**	**10**
➢ **Incapacité permanente**	**11**
➢ **Incapacité temporaire**	**11**
➢ **Frais de traitement**	**12-13**
■ **Exclusions**	**13-14**
Assurance "Protection juridique"	**15-18**
■ **Objet de l'assurance**	**15**
■ **Etendue territoriale**	**15**
■ **Sinistres couverts**	**15**
■ **Que faire en cas de sinistres ?**	**15-16**
■ **Prestations assurées**	**16**
■ **Libre choix de l'avocat**	**16-17**
■ **Payement des honoraires et frais**	**17**
■ **Divergence d'opinion**	**17**
■ **Obligation d'information**	**18**
■ **Droits entre assurés**	**18**
■ **Dispositions finales**	**18**
■ **Primes**	**18**
Assurance "Assistance voyage"	**19-24**
■ **Objet de l'assurance**	**19**
■ **Rapatriement de l'étranger**	**19-21**
■ **Assistance à l'étranger (hospitalisation/centre hyperbare)**	**22**
■ **Généralites**	**22-23**
■ **Primes**	**23-24**
Dispositions administratives	**25-34**
■ **Prise d'effet et durée du contrat**	**25**
■ **Primes**	**25**
■ **Modification des conditions d'assurance**	**26**
■ **Description du risque**	**26-27**
■ **Sinistres**	**28-29**
■ **Résiliation du contrat**	**30-31**
■ **Droit propre de la personne lésée**	**31**
■ **Subrogation**	**31**
■ **Concours d'assurances**	**32**
■ **Juridiction**	**32**
■ **Domiciliation**	**32**
■ **Plaintes**	**33**
■ **Protection de la vie privée/Déclaration de confidentialité**	**33-34**

NOTIONS

Article 1 Par *PRENEUR D'ASSURANCE, il faut entendre* :

■ la fédération sportive qui souscrit le présent contrat.

Par *COMPAGNIE,* il faut entendre :

■ StarStone Insurance SE
Zollstrasse 82, FL 9494 Schaan, Liechtenstein
Authorised and regulated by the Financial Market Authority (FMA)
Commercial Register : Liechtenstein, Registernummer FL-0002.546.357-6

Article 2 Par *ACTIVITES COUVERTES,* il faut entendre les activités du preneur d'assurance et de ses clubs (pratique, préparation, organisation, gestion, administration, instruction, assistance (sauvetage et secourisme), ...) comme décrit dans les Conditions Particulières.

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

■ survenant pendant un déplacement organisé par le preneur d'assurance dans le cadre des activités couvertes;

■ survenant sur le trajet normal, aller comme retour, de l'assuré pour se rendre de son lieu de résidence à l'endroit où se déroulent les activités assurées.

Article 3 Par assurés, il faut entendre : le preneur, ses clubs affiliés et ses membres pratiquant les activités sportives assurées.

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 ou invités, aux termes de son règlement et déléguées ou convoquées par elle pour accomplir des missions officielles.
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 pour autant qu'ils soient affiliés à la Ligue.

- 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.

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

- le travailleur associatif au sens de la loi du 18 juillet 2018 sur le travail associatif.

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

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

ASSURANCE DE LA RESPONSABILITE CIVILE

OBJET DE L'ASSURANCE

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

SOMMES ASSUREES

Article 6 La garantie est accordée :

- pour le dommage découlant de lésions corporelles, jusqu'à concurrence de € 2.500.000- par victime et de € 5.000.000- par sinistre ;

- pour le dommage matériel, jusqu'à concurrence de € 625.000- par sinistre.

- la responsabilité civile de l'organisateur du chef de dommages causés à des tiers par ses volontaires durant les activités assurées (loi du 03.07.2005, ses amendements et l'A.R. du 19.12.2006 ainsi que la loi du 18 juillet 2018 sur le travail associatif) est garantie conformément aux dispositions de l'art. 5, premier et troisième alinéa, de l'A.R. fixant les garanties minimales des contrats d'assurance couvrant la responsabilité civile extra-contractuelle relative à la vie privée.

  - Dommages corporels : € 12.394.700- par sinistre
  - Dégâts matériels : € 619.734- par sinistre
    Franchise dégâts matériels : € 123,95-
    Cette franchise n'est pas applicable aux membres-sportifs.

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

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

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

- les frais de sauvetage, à condition qu'ils soient exposés en bon père de famille ;

- les intérêts découlant de l'indemnité due au principal;

- les frais découlant d'actions de droit civil ainsi que les honoraires et frais d'avocats et experts, mais uniquement dans la mesure où ces frais sont exposés par la compagnie ou avec son consentement ou en cas de conflit d'intérêts non attribuable à l'assuré, pour autant que les frais n'aient pas été exposés à mauvais escient.

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

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

- € 500.000- lorsque le montant total assuré est inférieur ou égal à € 2.500.000-;

- € 500.000- + 20% de la portion du montant total assuré située entre € 2.500.000- et € 12.500.000- ;

- € 2.500.000- + 10% de la portion du montant total assuré qui excède € 12.500.000-, avec un maximum de € 10.000.000-.

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

CAS DE NON-ASSURANCE

Article 7 Sont exclus de la garantie :

a) Le dommage découlant de la responsabilité civile soumise à une obligation légale d'assurance.

b) Le dommage découlant de la responsabilité civile personnelle de l'assuré qui a atteint l'âge de 16 ans et a soit occasionné un dommage intentionnel, soit se trouve en état d'ivresse ou dans un état analogue attribuable à la consommation de substances autres que des boissons alcoolisées.

c) Le dommage matériel occasionné par le feu, par un incendie, une explosion ou par de la fumée consécutive à un feu ou un incendie qui se déclare dans ou se propage depuis les bâtiments dont les assurés sont propriétaire, locataire ou occupant, à l'exception toutefois du dommage causé dans un hôtel ou un logement similaire où les assurés séjournent temporairement ou occasionnellement.

d) Le dommage causé aux biens mobiliers et immobiliers et aux animaux placés sous la garde des assurés. Cette exclusion ne déroge en rien aux dispositions de l' art. 7 c).

e) Le dommage causé par des immeubles en construction, reconstruction ou transformation.

f) Le dommage causé par l'usage de voiliers de plus de 200 kg, de bateaux à moteur et d'aéronefs.

g) Le dommage ou l'aggravation d'un dommage causé par des éléments d'origine nucléaire ou radioactive.

h) Le dommage découlant d'un affaissement du sol et d'une manière générale de tout mouvement de terrain, quelle qu'en soit la nature.

i) Tout dommage découlant directement ou indirectement de l'amiante et/ou des propriétés nocives de celui-ci, ainsi que de tout autre matériau contenant de l'amiante sous une forme quelconque ;

j) Le dommage causé à des tiers par la pollution du sol, de l'eau ou de l'atmosphère. Cette exclusion n'est pas d'application si ce dommage est la conséquence directe d'un accident ;

k) Les amendes judiciaires amiables, administratives ou économiques, les astreintes et les dommages-intérêts tenant lieu de mesure répressive ou de moyen de dissuasion dans certains régimes juridiques étrangers, ainsi que les frais judiciaires en matière d'actions pénales ;

l) Le dommage consécutif à la responsabilité des administrateurs de personnes morales relative à des erreurs commises en leur qualité d'administrateur ;

m) Le dommage découlant d'une guerre, guerre civile ou de faits similaires.

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

ASSURANCE INDIVIDUELLE CONTRE LES ACCIDENTS CORPORELS

OBJET DE L'ASSURANCE

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

- qu'il est établi qu'ils sont la suite directe et exclusive d'un accident assuré par la police survenu aux assurés lors de la pratique des activités assurées.
- que les autres assurés ne soient pas civilement responsables.
- que les assurés ou leurs ayants droit n'invoquent pas la responsabilité civile des autres assurés.

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

Sont assimilés à des accidents :

- les maladies, contagions et infections qui résultent directement d'un accident, d'une gelure, d'une insolation, d'une noyade, d'hydrocution;
- l'intoxication, l'asphyxie accidentelle ou criminelle;
- les lésions corporelles encourues en cas de légitime défense ou à la suite du sauvetage de personnes, animaux ou biens en péril ;
- les lésions découlant d'attentats ou d'agressions sur la personne d'un assuré;
- le tétanos ou le charbon ;
- les morsures d'animaux ou piqûres d'insectes et leurs conséquences ;
- les conséquences d'un effort physique, pour autant qu'elles se manifestent immédiatement et brusquement, en particulier les hernies discales et inguinales , les déchirures musculaires totales ou partielles, élongations, déchirure des tendons, foulures et luxations, les dommages corporels consécutifs à une manifestation inhérente à un état morbide de la victime, les conséquences pathologiques découlant de cet état morbide n'étant toutefois pas assurées.
- l'arrêt cardiaque et les accidents subis en état de malaise ;
- les maladies contractées à la suite du travail associatif au sens de la loi du 18 juillet 2018.

Par extension les garanties s'étendent également à :

- l'anoxie et l'hyperoxie
- 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.

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

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

DESCRIPTION DES GARANTIES

DECES

Article 9 La compagnie paie un capital de € 18.500- aux héritiers légaux (à l'exception de l'Etat)ou à une personne désignée par l'assuré.

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.

Pour autant qu'ils soient déclarés médicalement aptes à l'exercice des activités sportives assurées, la compagnie paie aux assurés de 70 ans et plus un montant égal à 75% du capital prévu ci-dessus.

INCAPACITE PERMANENTE

Article 10 La compagnie paie aux assurés la somme de € 35.000- au prorata du degré d'incapacité permanente, fixée selon le barème officiel belge, dès la survenance de la consolidation et au plus tard 2 ans après l'accident.

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

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

Pour une personne âgée de 70 ans et plus au moment de l'accident, la compagnie paie une indemnité égale à 50% du susdit capital assuré.

INCAPACITE TEMPORAIRE

Article 11 La compagnie paie une indemnité journalière de € 16- maximum, payable dans les limites des conditions de la police et après un délai de carence contractuel de 15 jours, jusqu'à maximum le 365ème jour, payable par jour calandrier, à tous les assurés exerçant une profession qui à la suite d'un accident couvert par la police, sont frappés d'une incapacité de travail. Bien que la perte de revenus est à la base des interventions de la compagnie, l'indemnité journalière n'est pas payable par jour ouvrable mais par jour calandrier et ce dans les limites suivantes :

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

L'indemnité journalière assurée est diminuée en fonction du degré d'incapacité de travail fixé par le médecin-traitant, étant entendu que les incapacités inférieures à 50% ne donneront pas lieu à une intervention.
Aucune indemnité n'est due aux personnes âgées de plus de 65 ans au moment de l'accident, sauf pour ce qui concerne les indépendants, pour lesquels la garantie reste acquise jusqu'à l'âge de 70 ans.

FRAIS DE TRAITEMENT

Article 12/a 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 € 3.500-, 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 € 9.500- par accident en vue de 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.

- Pour autant qu'il n'y a pas d'intervention de la mutualité la compagnie rembourse le montant prévu dans les tarifs de l'INAMI.

- Les frais médicaux non prévus au barème de l'INAMI sont remboursés aux prix réels jusqu'à concurrence de maximum € 1.000- par accident.
  N'est toutefois pas remboursé le dommage aux lunettes et lentilles de contact.

- Les frais de transport de la victime, pour autant que ce transport soit nécessaire au traitement et se déroule à l'aide d'un moyen de transport adapté à la nature et à la gravité des lésions.
  Ces frais sont remboursés de la même manière que ceux relatifs aux accidents du travail.
  Les frais de déplacement nécessaires pour le traitement sont remboursés sur base du barème « Accidents du travail ».

- Les frais de prothèses dentaires jusqu'à concurrence de € 150- par dent, avec un maximum de € 600- par victime et par accident.

- En ce qui concerne les frais d'hospitalisation, la compagnie ne remboursera pas les montants qui excèdent le barème officiel INAMI – salle commune.

Pour tous les frais énumérés dans le présent article, aucune franchise est d'application.

Article 12/b 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 € 9.500- 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.

EXCLUSIONS

Article 13 Sont exclus de la garantie :

a) L'accident ou les conséquences d'un accident ayant pour cause principale la dégradation d'un état physique ou psychologique grave préexistant des assurés. Cet état constitue également une contre-indication à l'exercice des activités couvertes.

b) L'accident causé par les assurés du fait de l'une des fautes graves suivantes : état d'ivresse ou un état analogue découlant de la consommation de substances autres que des boissons alcoolisées.

c) Les accidents imputables à des actes inconciliables avec la manière généralement admise de pratiquer les activités sportives assurées, sont exclus de même que les accidents survenus à un assuré pendant l'exercice d'une activité assurée pour laquelle il ne satisfait pas aux qualifications de pratique règlementaires ou légales exigées.

d) Le dommage causé ou aggravé par des éléments d'origine nucléaire ou radioactive.

e) L'accident qui se produit en Belgique en cas d'inondation, de tremblement de terre ou de toute autre catastrophe naturelle.

f) L'accident qui se produit :

- lors d'une guerre ou d'une émeute, y compris une guerre civile, à condition que la compagnie prouve le lien de causalité existant entre ces circonstances et le dommage.
- durant une émeute ou tous actes de violence de nature collective, accompagnés ou non d'une rébellion contre les autorités, à condition que la compagnie prouve que l'assuré y a pris une part active.

g) Les sinistres pour lesquels les assurés bénéficient d'une indemnité dans le cadre de l'assurance Accidents du travail.

h) L'accident qui se produit durant les 4 derniers mois de la grossesse ou au cours du mois suivant l'accouchement.

i) L'accident survenant dans l'exercice d'une activité assurée pour laquelle les accompagnateurs et moniteurs de sport ne possèdent pas les qualifications légales ou réglementaires requises.

j) L'accident qui survient pendant la reprise des activités assurées contre l'avis du médecin ou sans son consentement.

k) Les frais médicaux encourus après la reprise des activités sportives.

l) L'accident qui survient à la suite de paris, défis ou actes notoirement téméraires des assurés, à moins que ces actes n'aient été posés en vue de la sauvegarde de personnes, de biens ou d'intérêts.

m) L'accident résultant d'une querelle, d'une agression ou d'un attentat en dehors de la sphère sportive, à moins que l'assuré ne prouve qu'il n'en était ni l'instigateur ni l'auteur.

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

ASSURANCE "PROTECTION JURIDIQUE"

OBJET DE L'ASSURANCE

Article 15 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 16 L'assurance est valable dans le monde entier.

SINISTRES COUVERTS

Article 17

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 pourraît être condamné à payer en vertu d'une décision judiciaire ou d'une transaction amiable.

QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

Article 18 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 20, dont les nom et adresse seront communiqués au Gestionnaire par l'assuré.

PRESTATIONS ASSUREES

Article 19 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 repris dans les conditions particulières, 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 différents 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 20 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 21 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 22 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 règler 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 23 Chaque fois que surgit un conflit ou qu'il y a désaccord quand au règlement du litige, le Gestionnaire informe le preneur :

- du droit visé à l'article 20 des Conditions Générales "Protection Juridique";
- de la faculté visée à l'article 22 des Conditions Générales "Protection Juridique".

DROITS ENTRE ASSURES

Article 24 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 25 La garantie ne s'applique pas :

- aux amendes, accessoires et transactions pénales;
- sauf ce qui est prévu à l'article 22 des Conditions Générales "Protection Juridique", aux litiges opposant l'assuré au Gestionnaire.

PRIMES

Article 26 Les primes font partie de la prime de base et sont renseignées dans les Conditions Particulières.

- 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 "Fonds de Secours LIFRAS".
- Ni les primes, ni les garanties de la présente division entrent en ligne de compte pour une indexation automatique.

ASSURANCE "ASSISTANCE VOYAGE"

*Cette garantie est souscrite auprès de la compagnie AIG EUROPE S.A. (Belgian Branch) - Code 0976, Boulevard de la Plaine 11, 1050 Bruxelles sous le n° **2.009.718/011** "Assistance Voyage".*

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

OBJET DE L'ASSURANCE

Article 27 Cette division est un complément aux garanties prévues dans la division "Assurance individuelle contre les accidents corporels" de la police.
Il s'âgit 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° 00-32-3-253.69.16 (AIG EUROPE S.A.) en mentionant : le n° de la police : 2.009.718/011 - la compagnie : AIG EUROPE S.A. (ARENA) - la fédération : LIFRAS.

RAPATRIEMENT DE L'ETRANGER

Article 28 **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 récuperé 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.

➢ ***Définitions 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 1e 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.

➢ ***Extensions de garantie :*** - ***Frais de séjour supplémentaires***
- ***Visite à une personne malade/hospitalisée***
- ***Séjour prolongé***

Prise en charge des frais de séjour supplémentaires

Si l'assuré ne peut être rapatrié, que son état n'exige plus d'hospitalisation et que son séjour prévu à l'étranger est terminé, la compagnie prend en charge les frais de séjour supplémentaires. Les frais afférents aux repas ne sont pas pris en charge.

Visite à une personne malade ou hospitalisée à l'étranger

Si l'état médical de l'assuré ne permet pas son rapatriement, Assistance Centre veille à ce qu'une personne puisse lui rendre visite et ce en concertation avec l'assuré et/ou son médecin traitant.
Dans ce cas, Assistance Centre prend en charge les "frais de voyage urgent" de cette personne, à condition qu'ils aient été préalablement acceptés par Assistance Centre.

Séjour prolongé suite à un acte de terrorisme ou à une catastrophe naturelle

Si l'assuré ne peut entamer ou poursuivre à la date prévue son voyage à l'étranger préalablement réservé et planifié, la compagnie prend en charge les frais complémentaires de séjour et de voyage si cette incapacité est due à un acte de terrorisme internationalement reconnu ou à ses conséquences directes ou à une catastrophe naturelle ou à ses conséquences directes.

Base d'indemnisation et conditions de couverture en cas d'acte de terrorisme :

La compagnie garantit l'assuré à concurrence de € 750- les frais de séjour supplémentaires pour l'assuré et/ou des frais supplémentaires subis dans le cadre des modifications relatives au moyen de transport public utilisé.
L'intervention de la compagnie dans les frais de séjour supplémentaires prend fin au moment où la compagnie de transport chez qui la réservation initiale a été effectuée propose une solution alternative.
L'intervention prend en tout cas fin lorsque l'assuré refuse l'alternative proposée.
La durée minimum du retard ou du blocage suite à un acte de terrorisme est fixée à 48 heures.
L'intervention de la compagnie prend effet dès que l'acte est reconnu comme un acte de terrorisme international et que le retard ou le blocage dépasse ce délai. L'indemnité est alors allouée dès le premier jour.

Base d'indemnisation et conditions de couverture en cas d'une catastrophe naturelle :

Entrent en considération pour l'indemnisation à concurrence des montants spécifiés en Conditions particulières :

- Les frais de séjour supplémentaires à l'hôtel et/ou en logement de vacances apparus après le jour de fin de séjour prévu, ces frais découlant du fait que l'assuré ne peut quitter son lieu de séjour temporaire ;
- Les dépenses supplémentaires encourues suite à une évacuation et/ou un rapatriement forcé(s) consécutif(s) aux mêmes faits, à l'exclusion du rapatriement du véhicule et des frais y afférents ;
- Les frais supplémentaires subis dans le cadre des modifications relatives au moyen de transport public utilisé.
  La durée minimum de l'immobilisation suite à une catastrophe naturelle s'élève à 48 heures.

EXCLUSIONS applicables pour cette garantie :

La compagnie ne verse aucune indemnité lorsque les frais sont causés par l'un des événements suivants ou lorsque l'un de ces événements y a contribué de manière directe ou indirecte :
- Retard, retenue ou saisie par un gouvernement ou des pouvoirs publics ;
- Guerre dans le pays de résidence ou dans l'une des régions à risque ;
- Grève annoncée avant le départ.

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

Article 29 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 "Assurance individuelle contre les accidents corporels" 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 € 3.500- par accident.

- ***Traitements de recompression***
  Un montant de € 9.500- maximum 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

Article 30 **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'art 45 de la loi du 25.06.92

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'averait plus tard que l'accident à l'origine de cette intervention n'était pas couvert par la police, l'indemnité ainsi règlée indûment sera récuperée 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 concourantes 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.

LES PRIMES

Article 31

1) 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.

2) 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".

3) Ni la prime, ni les garanties de la présente division entrent en ligne de compte pour une indexation automatique.

4) La prime annuelle s'élève à € 3,00- (ttc) 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 c.à.d. :

Prime provisoire : Base 5000 membres-plongeurs, soit € 15.000- (ttc) 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 incluse la prime totale annuelle *(ttc)* s'élève à € 20,45- par membre-plongeur et pour les nouveaux membres (inscriptions entre le 01/09 et le 31/12 comme définies dans la Division "Assurance Individuelle contre les accidents corporels") à € 8,19-.

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 EUROPE S.A. - Assistance)

DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES

PRISE D'EFFET ET DUREE DU CONTRAT

Article 32 Le contrat prend effet à la date fixée aux Conditions Particulières et après paiement de la prime.

Article 33 La durée du contrat est d'un an. A la fin de la période d'assurance, le contrat se renouvelle tacitement d'année en année, à moins qu'il n'ait été résilié de part ou d'autre trois mois au moins avant l'expiration de la période en cours.

PRIMES

Article 34 Modalités de paiement de la prime.
Les primes, augmentées des taxes et cotisations, sont indivisibles et quérables. Elles sont payables à la présentation de la quittance ou à la réception d'un avis d'échéance.
A défaut d'être fait directement à la compagnie, est libératoire le paiement de la prime fait au producteur d'assurance porteur de la quittance établie par la compagnie ou intervenu lors de la conclusion ou lors de l'exécution du contrat.

Article 35 Défaut de paiement de la prime.
Le défaut de paiement de la prime à l'échéance donne lieu à la suspension de la garantie, à la résiliation du contrat, moyennant votre mise en demeure. La mise en demeure est faite soit par exploit d'huissier, soit par lettre recommandée à la poste. Elle comporte sommation de payer la prime dans un délai de quinze jours à compter du lendemain de signification ou du dépôt de la lettre recommandée à la poste.

Article 36 La suspension, la résiliation n'a effet qu'à l'expiration du délai de quinze jours cité ci-dessus. Si la garantie est suspendue, votre paiement des primes échues, augmentées, s'il y a lieu, des intérêts, met fin à cette suspension. Lorsque nous avons suspendu notre obligation de garantie, nous pouvons résilier le contrat si nous nous en sommes réservé la faculté dans la mise en demeure qui vous a été adressée. Dans ce cas, la résiliation prend effet à l'expiration d'un délai de quinze jours à compter du premier jour de la suspension. Si nous ne nous sommes pas réservé la faculté de résilier le contrat dans la mise en demeure, la résiliation ne pourra intervenir que moyennant une nouvelle sommation faite conformément à l'article 18 ci-dessus.
La suspension de la garantie ne porte pas atteinte à notre droit de réclamer les primes venant ultérieurement à échéance, moyennant votre mise en demeure comme prévu ci-dessus. Notre droit est toutefois limité aux primes afférentes à deux années consécutives.

MODIFICATIONS DES CONDITIONS D'ASSURANCE

Article 37 Lorsque la compagnie modifie les conditions d'assurance ou son tarif, nous adaptons le présent contrat à l'échéance annuelle suivante. Nous vous notifions cette adaptation 90 jours au moins avant cette date d'échéance. Toutefois, vous pouvez résilier le contrat dans les 30 jours de la notification de l'adaptation. De ce fait, le contrat prend fin à l'échéance annuelle suivante.

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

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

Les conditions du présent article ne portent pas atteinte à celles de l'art. 45.

DESCRIPTION DU RISQUE

Article 38 **1)**Vous avez l'obligation de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances que vous connaissez et que vous devez raisonnablement considérer comme constituant pour nous des éléments d'appréciation du risque et notamment répondre aux questions figurant dans le formulaire de souscription.

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

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

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

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

Si l'omission ou la déclaration inexacte peut vous être reprochée et si un sinistre survient avant que la modification du contrat ou la résiliation ait pris effet, nous n'interviendrons au niveau de la prestation que selon le rapport entre la prime payée et la prime que vous auriez dû payer si vous aviez régulièrement déclaré le risque.

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

Article 39

En cours de contrat vous avez l'obligation de déclarer, dans les conditions de l'article 21/1) et dans les 30 jours, les circonstances nouvelles ou les modifications de circonstances qui sont de nature à entraîner une aggravation sensible et durable du risque de survenance de l'événement assuré.

Lorsque le risque de survenance de l'événement assuré s'est aggravé de telle sorte que, si l'aggravation avait existé au moment de la souscription, nous n'aurions consenti l'assurance qu'à d'autres conditions, nous devons, dans le délai d'un mois à compter du jour où nous avons eu connaissance de l'aggravation, proposer la modification du contrat avec effet rétroactif au jour de l'aggravation.
Si vous refusez la proposition de modification du contrat ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, nous pouvons résilier le contrat dans les 15 jours.

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

Lorsque, au cours de l'exécution du contrat, le risque de survenance de l'événement assuré a diminué d'une façon sensible et durable au point que, si la diminution avait existé au moment de souscription, nous aurions consenti à d'autres conditions, nous accordons une diminution de la prime à due concurrence à partir du jour où nous avons eu connaissance de la diminution du risque.

Si les parties contractantes ne parviennent pas à un accord sur la prime nouvelle dans un délai d'un mois à compter de votre demande de diminution, vous pouvez résilier le contrat.

SINISTRES

Article 40 Déclaration et suivi d'accidents

a) Informations à communiquer

1) La déclaration d'accident doit être envoyée dans les 15 jours via le le secrétariat générale de la LIFRAS,le cachet postal sur la déclaration initiale faisant foi.
Un accident mortel doit être signalé immédiatement à la compagnie endéans les 48 heures.

2) Toute évolution défavorable des suites d'un accident dont la compagnie avait été informée par déclaration d'accident ou par communication, doit être signalée immédiatement et spontanément à la compagnie, moyennant un certificat médical, afin que celle-ci soit à tout moment informée de la portée réelle de l'accident, lui permettant toujours d'agir en connaissance de cause afin de :

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

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

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

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

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

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

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

d) 1) Afin de permettre à la compagnie d'appliquer en cas d'accident les stipulations et conventions dans le contexte de l'article 99 de la loi du 04.04.2014, il doit être porté à sa connaissance, dans le cadre de l'art. 47 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.

Article 41 Si l'assuré ne remplit pas une des obligations prévues ci-dessus, nous pouvons réduire notre prestation à concurrence du préjudice que nous avons subi, décliner notre garantie si l'assuré a agi dans une intention frauduleuse.

Article 42 A partir du moment où notre garantie est due, et pour autant qu'il y soit fait appel, nous avons l'obligation de prendre fait et cause pour l'assuré dans les limites de la garantie.

En ce qui concerne les intérêts civils, et dans la mesure où nos intérêts et les vôtres coïncident, nous avons le droit de combattre, à votre place, la réclamation de la personne lésée. Nous pouvons indemniser cette dernière s'il y a lieu.

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

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

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

RESILIATION DU CONTRAT

Article 43 La compagnie peut résilier le contrat :

a) En cas de non-paiement de prime, conformément à l'art. 35 ;

b) Après chaque déclaration de sinistre, mais, au plus tard, trois mois après le dernier paiement des indemnités ou son refus d'intervention ;

c) En cas de promulgation de nouvelles dispositions légales sur la responsabilité civile ;

d) En cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelles dans la description du risque, en cours du contrat ;

e) En cas d'omission ou d'inexactitude non intentionnelles dans la description du risque à la conclusion du contrat dans les conditions prévues à l'art. 38 et en cas d'aggravation du risque dans les conditions prévues à l'art. 39.

Article 44 Le preneur peut résilier le contrat :

a) après la survenance d'un sinistre, mais, au plus tard, un mois après notre notification du paiement ou du refus de paiement de l'indemnité ;

b) en cas de modification des conditions d'assurance ou du tarif, conformément à l'article 37 ;

c) en cas de diminution du risque, dans les conditions prévues à l'article 39 ;

d) en cas de faillite, concordat ou retrait d'agrément de la compagnie ;

e) lorsque, entre la date de sa conclusion et celle de sa prise d'effet, s'écoule un délai supérieur à un an ;

Article 45 Sauf s'il en est disposé autrement dans le contrat ou dans le loi sur le contrat d'assurance terrestre, la résiliation se fait par lettre recommandée à la poste, par exploit d'huissier de justice ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé.

La résiliation n'a effet qu'à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la signification ou de la date du récépissé ou, dans le cas d'une lettre recommandée, à compter du lendemain de son dépôt à la poste.

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

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

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

DROIT PROPRE DE LA PERSONNE LESEE

Article 46 En vertu du présent contrat, il est constitué, en faveur des tiers lésés, une stipulation pour autrui conforme à l'article 1121 du Code Civil. Les nullités, exceptions et déchéances, notamment la franchise, qui pourraient être invoquées à l'encontre des assurés, restent opposables aux tiers lésés.

SUBROGATION

Article 47 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.
Il en est de même pour les accidents survenus lors d'un risque de circulation couvert par la police.
Dans l'optique d'une pression sur les primes, l'intention des parties est d'exclure des garanties de police y afférentes, les indemnités auxquelles un assuré peut légalement prétendre en tant qu'usager faible.
Au cas où la compagnie aurait néanmoins accordé l'avance de telles indemnités, elle disposerait conséquemment à la disposition précitée d'un droit de subrogation à l'égard de tous ceux qui, même sans responsabilité, sont tenus à indemnisation (sur base du chapitre V/bis de la loi du 21.11.89 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité civile en matière de véhicules automoteurs).

CONCOURS D'ASSURANCES

Article 48

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. 94 de la loi du 04.04.2014)."

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 99 de la loi du 04.04.2014 sur le contrat d'assurance terrestre ou celles de la convention U.P.E.A. 530 se situant dans le prolongement de cet article 99 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 04.04.2014 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. 99, la présente police entend : les frais de traitement ainsi que l'indemnité journalière payable moyennant preuve de perte de revenus.

JURIDICTION

Article 49

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

DOMICILIATION

Article 50

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

PLAINTES

Article 51 Les plaintes peuvent être déposées auprès du Médiateur d'Arena par email (complaints@arena-nv.be) ou par écrit (Avenue des Nerviens 85 bte 2, 1040 Bruxelles). Nous mettrons tout en œuvre pour vous aider.
Vous pouvez également adresser vos plaintes à l'ombudsman des assurances, Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles, fax : 02/547.59.75., info@ombudsman.as ou à la commission Bancaire, Financière et des Assurances(en abrégé C.B.F.A.), rue du Congrès 12-14 à 1000 Bruxelles, fax 02/220.59.30, / cob@cbfa.be .

PROTECTION DE LA VIE PRIVEE / DECLARATION DE CONFIDENTIALITE

Article 52 Les données personnelles sont traitées par ARENA SA, dont le siège social est Avenue des Nerviens 85 / Bte 2 - 1040 Bruxelles (arena@arena-nv.be) conformément au General Data Protection Regulation 2016/679 ("GDPR").

Les données personnelles sont uniquement incluses dans la base de données de l'entreprise dans la mesure où cela est nécessaire pour la gestion normale des dossiers, des contrats et des réclamations.

- ***Gestion des contrats***
  Les données à caractère personnel peuvent être traitées pour la préparation des offres, contrats d'assurance, avenants, confirmations de couverture et règlements de sinistres.
  Les catégories de données personnelles suivantes peuvent être traitées à ces fins: nom, prénom, adresse, date de naissance, lieu de naissance, sexe, numéro de téléphone et de fax, adresse électronique, nationalité, profession.

- ***Gestion des dossiers sinistres***
  Tout membre de votre fédération et/ou club peut bénéficier des garanties fournies par Arena. Arena recueille des données personnelles de l'affilié dans le cadre des demandes d'indemnisation, lorsque l'affilié soumet un formulaire de déclaration "Accidents corporels", "Responsabilité civile" ou "Protection juridique". Dans le formulaire de déclaration, l'accord exprès de l'affilié est demandé par le biais du contenu de la déclaration de confidentialité ci-jointe. Ces données personnelles sont traitées pour l'exécution du contrat d'assurance entre Arena et votre fédération et/ ou club, plus spécifiquement pour la gestion des sinistres. Arena traite également les données personnelles afin de récupérer des indemnités ou d'exercer son droit de recours légal.
  Les catégories suivantes de données personnelles peuvent être traitées: nom, prénom, adresse, date de naissance, lieu de naissance, sexe, numéro de téléphone et de fax, adresse e-mail, numéro de compte bancaire,nationalité, numéro de registre national, profession, photos et URL.

Arena traite également les données de santé de l'affilié, pour lesquelles son consentement explicite est demandé via le formulaire de déclaration.

Nous pouvons fournir les données personnelles collectées à des tiers si cela est nécessaire pour l'exécution des objectifs décrits ci-dessus.
Nous prenons naturellement les dispositions nécessaires avec ces parties pour assurer la sécurité des données personnelles de la personne concernée.
En outre, nous ne transmettrons pas les données fournies à des tiers, à moins que cela ne soit légalement requis et/ou autorisé, comme par exemple dans le cadre d'une enquête policière ou judiciaire. Nous ne fournissons pas de données personnelles à des parties situées en dehors de l'UE.

Les données personnelles sont conservées jusqu'à l'expiration de l'obligation légale de conservation des données, notamment jusqu'à la fin des obligations fiscales et comptables ainsi que la fin de la responsabilité contractuelle.

L'affilié a le droit de demander gratuitement l'inspection, une copie, l'ajustement de ses données personnelles ou l'effacement de données personnelles incorrectes/incomplètes ou non pertinentes. L'affilié peut également faire opposition au traitement de ses données personnelles (ou d'une partie de celles-ci). Une demande d'identification sera effectuée avant de pouvoir répondre aux demandes susmentionnées. Des mesures techniques et organisationnelles appropriées ont été prises pour protéger les données personnelles contre le traitement illégal et Arena a une politique de confidentialité, dont une copie gratuite peut être obtenue sur demande. Si l'affilié souhaite exercer ces droits à tout moment, il peut nous envoyer une lettre ou un e-mail (voir ci-dessus) avec une preuve de son identité.

Si l'affilié a une plainte concernant le traitement des données personnelles, nous lui demandons de nous contacter directement. L'affilé a également le droit de déposer une plainte auprès de l'Autorité de Protection des Données (APD), Rue de la Presse 35 à 1000 Bruxelles (https://www.autoriteprotectiondonnees.be/)