

Assurance
accidents corporels
architectes – ingénieurs
conseils.

CONDITIONS GENERALES

Entreprise d'assurances agréée pour pratiquer la branche d'accidents (branche 1)
A.R. du 19-03-1996 – M.B. du 26-04-1996

Chapitre 1.

DEFINITIONS

1.1 ASSUREUR

S.A. Protect, Chaussée de Jette 221, 1080 Bruxelles.

1.2 PRENEUR D'ASSURANCE

Le souscripteur du contrat, personne physique ou morale qui s'engage au paiement des primes.

1.3 ASSURÉ

Toute personne reprise dans les conditions particulières du contrat sur laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré.

1.4 BÉNÉFICIAIRE

Toute personne en faveur de laquelle sont stipulées des prestations d'assurance.

1.5 ACCIDENT

Tout événement imprévisible et soudain qui affecte l'intégrité physique de l'assuré et dont la cause est extérieure à son organisme et indépendante de sa volonté.

Chapitre 2.

OBJET DE L'ASSURANCE

2.1 GARANTIE 24/24 HEURES

Le contrat d'assurance garantit, dans les limites de ses conditions générales et de ses conditions particulières, le paiement des prestations prévues en cas d'accident corporel survenant aux assurés désignés durant et par l'exercice des activités professionnelles mentionnées ou dans leur vie privé

2.2 PRÉCISIONS

2.2.1 Sont assimilés à un accident:

- a) Les luxations et déchirures musculaires provenant d'un effort soudain et anormal.
- b) Le tétanos, l'infection de plaies ou l'empoisonnement du sang résultant directement d'un accident couvert.
- c) Les conséquences de morsures d'animaux et de piqûres d'insectes, y compris la rage et le charbon

- d) L'empoisonnement du sang provoqué par :
- l'absorption par méprise dûment prouvée d'une substance vénéneuse ou corrosive non destinée à l'absorption.
 - un acte criminel d'un tiers dûment prouvé.
- e) Les conséquences d'une chute involontaire dans l'eau ainsi que la noyade accidentelle.
- f) Les lésions résultant d'attentats ou agressions dont l'assuré est victime sauf si, en cas de grèves ou d'émeutes, il a participé à ces troubles, soit activement, soit en tant qu'investigateur.
- g) Les lésions qui sont la conséquence directe et exclusive d'un accident garanti ou d'une tentative de sauvetage de personnes ou de biens en danger.
- h) Les lésions résultant du gel, d'un ensoleillement intense ou d'une chaleur importante, à l'exception des coups de soleil.

2.2.2 Sont également couverts, les accidents survenus à l'étranger

- a) A la suite ou à l'occasion de tremblements de terre, d'éruptions volcaniques, d'inondations et autres cataclysmes naturels qui y surprennent l'assuré.
- b) Résultant d'un événement de guerre, déclarée ou non, de guerre civile, d'insurrection ou de soulèvement populaire, auquel l'assuré n'a pas participé, soit de manière active, soit en tant qu'investigateur et qui le surprend durant son séjour à l'étranger.

La couverture est accordée jusqu'au 14ème jour à minuit à compter de celui de l'éclatement de l'événement.

Chapitre 3.

OBLIGATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE

3.1 A LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT

3.1.1 Déclaration du risque

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

3.1.2

L'omission ou l'inexactitude intentionnelle dans la déclaration d'éléments du risque induisant la compagnie en erreur dans l'appréciation du risque entraîne la nullité du contrat.

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

3.1.3

L'omission ou l'inexactitude non-intentionnelle de données donne à la compagnie le droit, dans un délai d'un mois à compter du jour où elle en a eu connaissance, de modifier le contrat d'assurance avec effet au jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

Si la compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque, elle peut résilier le contrat dans le même délai.

Si la proposition de modification du contrat n'est pas acceptée par le preneur d'assurance dans un délai d'un mois ou si elle est refusée, la compagnie peut résilier le contrat dans un délai de quinze jours.

Si la compagnie n'a pas résilié le contrat, ni proposé sa modification dans les délais indiqués ci-dessus, elle ne peut plus se prévaloir à l'avenir des faits qui lui sont connus.

3.1.4 Survenance d'un sinistre

Si un sinistre survient avant que la modification ou la résiliation du contrat ait pris effet et si l'omission ou l'inexactitude de la déclaration :

1. ne peut être reprochée au preneur d'assurance, la compagnie fournira les prestations prévues par le contrat d'assurance.
2. peut être reprochée au preneur d'assurance, la compagnie ne sera tenue de fournir une prestation que selon le rapport entre la prime payée et la prime que le preneur d'assurance aurait dû payer s'il avait régulièrement déclaré le risque.
Si, lors d'un sinistre, la compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque dont la nature réelle est révélée par le sinistre, sa prestation est limitée au remboursement de la totalité des primes payées.

3.2 EN COURS DU CONTRAT

3.2.1 Paiement des primes

La prime est calculée comme mentionné dans les conditions particulières. Elle est augmentée de tous les impôts, taxes, redevances et frais établis ou à établir.

Elle est payable à l'échéance prévue par les conditions particulières et quérable au domicile du preneur d'assurance sur présentation d'une quittance ou d'un avis d'échéance comme mentionné dans les conditions particulières.

- a) Non-paiement des primes :
Sans préjudice des dispositions de l'art. 6 des conditions générales, le non-paiement de la prime à l'échéance peut donner lieu à la suspension de la garantie ou à la résiliation du contrat d'assurance à condition que le débiteur ait été mis en demeure.
- b) Sommation de payer :
La mise en demeure est faite par lettre recommandée. Elle comporte la sommation de payer dans le délai qu'elle fixe. Ce délai ne peut être inférieur à quinze jours à compter du lendemain du dépôt de la lettre recommandée à la poste. La mise en demeure rappelle la date d'échéance de la prime ainsi que les conséquences du non-paiement dans le délai fixé.
- c) Prise d'effet de la suspension de la garantie ou de la résiliation du contrat :
La suspension ou la résiliation n'ont d'effet qu'à l'expiration d'un délai qui ne peut être inférieur à quinze jours à compter du lendemain du dépôt de la lettre recommandée à la poste.
Si la garantie est suspendue, le paiement par le preneur d'assurance des primes échues, augmentées s'il y a lieu des intérêts, met fin à cette suspension.
La compagnie qui a suspendu son obligation de garantie peut résilier le contrat d'assurance si elle s'en est réservée la faculté dans la mise en demeure. Dans ce cas, la résiliation prend effet à l'expiration d'un délai qui ne peut être inférieur à quinze jours à compter du premier jour de la suspension. Si la compagnie ne s'est pas réservée la faculté de résilier la police dans la mise en demeure, la résiliation ne pourra intervenir que moyennant une nouvelle sommation faite conformément au point b) ci-avant.
- d) Effets de la suspension à l'égard des primes à échoir :
La suspension de la garantie ne porte pas atteinte au droit de la compagnie de réclamer les primes venant ultérieurement à échéance, à condition que le preneur d'assurance ait été mis en demeure conformément au point b) ci-avant. Dans ce cas, la mise en demeure rappelle la suspension de la garantie.
Le droit de la compagnie est toutefois limité aux primes afférentes à deux années consécutives.
- e) Intérêts de retard :
Tout retard de paiement de la prime entraîne le débit, à dater du jour de la mise en demeure, d'un intérêt de retard calculé sur la base du taux d'intérêt de retard légal.

3.2.2 Déclaration de modification du risque

Le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer spontanément à l'assureur, les circonstances nouvelles ou les modifications de circonstances qui sont de nature à influencer l'appréciation du risque.

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

Si l'assureur n'apporte pas cette preuve, il peut proposer une modification du contrat dans un délai d'un mois à compter du jour où il a eu connaissance de l'aggravation. Si, à l'expiration du délai d'un mois après réception, cette proposition de modification n'est pas acceptée ou est refusée, la compagnie peut résilier le contrat dans un délai de quinze jours.

Si un sinistre survient avant que la modification ou la résiliation ait pris effet et si le preneur d'assurance :

- a déclaré l'aggravation du risque, la compagnie fournira les prestations prévues par le contrat.
- n'a pas déclaré l'aggravation du risque et ce défaut de déclaration ne peut lui être reproché, la compagnie fournira les prestations prévues par le contrat.
- n'a pas déclaré l'aggravation du risque et que ce défaut peut lui être reproché, la compagnie ne sera tenue de fournir sa prestation que selon le rapport entre la prime payée et la prime que le preneur d'assurance aurait dû payer si l'aggravation avait été prise en compte.

Si la compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque aggravé, sa prestation en cas de sinistre est limitée au remboursement de la totalité des primes payées.

La compagnie peut refuser d'accorder sa garantie au preneur d'assurance qui a agi dans une intention frauduleuse. Les primes échues jusqu'au moment où la compagnie a connaissance de l'omission frauduleuse, lui sont dues à titre de dommages et intérêts.

Chapitre 4.

LITIGES MEDICAUX

Le désaccord éventuel entre les parties sur le degré d'incapacité permanente ou d'incapacité temporaire ou sur une question d'ordre médical sera tranché définitivement et obligatoirement par une commission médicale composée comme suit :

Chaque partie désigne un médecin. A défaut d'entente entre-eux, un troisième médecin sera désigné de commun accord par les deux premiers ou, à défaut, par le Président du Tribunal Civil à la requête de la partie la plus diligente. Ce collège de médecins tranchera définitivement, en tenant compte des conditions du contrat d'assurance.

Chaque partie supportera les honoraires de son médecin. Les débours et honoraires du troisième médecin seront payés à frais communs.

Chapitre 5.

ETAT ANTERIEUR-AGGRAVATION INDEPENDANTE

Lorsqu'un état de santé antérieur ou une maladie intercurrente ne résultant pas directement d'un accident couvert aggrave les conséquences de celui-ci, l'indemnité correspondra aux conséquences que l'accident aurait eues chez un être humain sain se trouvant dans des conditions corporelles normales.

Chapitre 6.

DUREE DU CONTRAT

6.1 EFFET

La garantie prend effet à la date stipulée dans les conditions particulières, mais au plus tôt à la signature de la police et sous réserve du paiement de la première prime.

La garantie n'est accordée qu'aux personnes désignées comme assurés dans les conditions particulières.

6.2 DURÉE – RENOUELEMENT

Le contrat est conclu pour un an. A l'expiration de la période assurée, le contrat se renouvelle tacitement pour des périodes consécutives d'un an, sauf si l'une des parties le résilie au moins trois mois avant l'arrivée du terme du contrat en cours.

Dans tous les cas, la garantie cesse :

- à la date de résiliation du contrat.
- à l'échéance annuelle qui suit le 70ème anniversaire de l'assuré ou de l'anniversaire repris dans les conditions particulières comme date d'échéance du contrat.
- à la date de cessation des activités du preneur d'assurance ou de l'activité professionnelle de l'assuré.
- à la date de la déclaration de faillite ou d'insolvabilité du preneur d'assurance, de sa liquidation judiciaire ou amiable ou de son dépôt d'une demande de concordat.
- à la date du décès de l'assuré. Le contrat d'assurance est maintenu pour les éventuels autres assurés.

6.3 RÉSILIATION DU CONTRAT

Le contrat peut être résilié:

6.3.1 Par la compagnie:

- a) à la fin de chaque période assurée conformément à l'article 6.2. 1er paragraphe ci-dessus.
- b) en cas de non-paiement des primes conformément à l'article 3.2.1. des conditions générales.
- c) en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration lors de la souscription du contrat conformément à l'article 3.1. c) des conditions générales.
- d) en cas d'aggravation du risque conformément à l'article 3.2.2. des conditions générales.
- e) après chaque déclaration de sinistre et au plus tard dans un délai de trente jours après chaque paiement ou la notification du refus de paiement de l'indemnité. La compagnie se réserve le droit de résilier également les garanties connexes souscrites par le preneur d'assurance.
- f) en cas d'inexécution par le preneur d'assurance d'une obligation résultant du contrat d'assurance.
- g) en cas de transmission du contrat au nom d'un autre preneur d'assurance. Au décès du preneur d'assurance, les droits et obligations nés du contrat d'assurance sont transmis au nouveau titulaire de l'intérêt assuré.

6.3.2 Par le preneur d'assurance:

- a) au terme de chaque période assurée conformément à l'article 6.2. 1er paragraphe ci-dessus.
- b) après chaque déclaration de sinistre et au plus tard dans un délai de trente jours après chaque paiement ou la notification du refus de paiement de l'indemnité.
- c) en cas de disparition des circonstances aggravantes déclarées dans les conditions particulières pour lesquelles une prime complémentaire, une exonération ou une exclusion a été fixée, si la compagnie refuse d'annuler en conséquence prime complémentaire, l'exonération ou l'exclusion.
- d) en cas de modification des conditions d'assurance et/ou d'une augmentation de prime conformément aux articles 3.1. c), 3.2.2. et 7 des conditions générales.

6.4 MODALITÉS DE LA RÉSILIATION

La résiliation se fait par lettre recommandée au dernier domicile connu du preneur d'assurance ou au siège de la société. La résiliation prend effet le jour qui suit la date du cachet de la poste.

Chapitre 7.

ADAPTATION DU TARIF ET/OU DES CONDITIONS

Sous réserve des modifications prévues aux articles 3.1. c) et 3.2.2. des conditions générales, si la compagnie souhaite modifier son tarif et/ou les conditions, elle devra le notifier par lettre recommandée au preneur d'assurance.

Les modifications sont d'application au plus tôt à la première échéance qui suit.

Le preneur d'assurance peut résilier le contrat par lettre recommandée dans les trente jours qui suivent la notification de la modification. Une période d'au moins trois mois doit séparer la notification de la compagnie et l'échéance de la police. Si ce n'est pas le cas, les effets du contrat se prolongent au-delà de l'échéance annuelle, pendant le temps nécessaire pour parfaire le délai de trois mois.

Chapitre 8.

ÉTENDUE TERRITORIALE

Le contrat d'assurance a un effet dans le monde entier.

Chapitre 9.

LIMITE D'ÂGE

La garantie du contrat prend fin d'office à l'échéance annuelle qui suit le 70^{ème} anniversaire de l'assuré, sauf dispositions contradictoires prévues dans les conditions particulières. Pour tous les cas d'accidents survenus après l'âge de 60 ans, les capitaux garantis en décès et incapacité permanente seront réduits de moitié.

Chapitre 10.

ABANDON DE REOURS

La compagnie abandonne, en faveur de la victime ou des bénéficiaires, tout recours contre les tiers responsables de l'accident, à l'exception des accidents survenus lors de la pratique des sports prévus aux articles 20.2., 20.3. et 20.4. ci-dessous.

Chapitre 11.

DECES PAR ACCIDENT

11.1 OBJET DE LA GARANTIE

En cas de décès de l'assuré dans un délai de 12 mois après un accident et exclusivement à la suite de cet accident, le capital assuré, comme prévu dans les conditions particulières, est versé aux bénéficiaires.

11.2 BÉNÉFICIAIRES

Sauf si les bénéficiaires sont désignés nominativement dans les conditions particulières, le capital assuré sera versé au conjoint non divorcé, ni séparé de fait de l'assuré. A défaut, la capital assuré sera versé aux héritiers légaux de l'assuré, limités aux descendants et ascendants au premier degré, à l'exclusion de tout autre personne.

Chapitre 12.

INCAPACITE PERMANENTE A LA SUITE D'UN ACCIDENT

12.1 OBJET DE LA GARANTIE

Si l'assuré se trouve en état d'incapacité permanente, partielle ou complète, à la suite d'un accident, la compagnie lui versera, dès consolidation de son état, une indemnité égale au capital assuré mentionné dans les conditions particulières multiplié par le degré d'invalidité établi conformément au barème prévu dans les conditions particulières.

La compagnie n'intervient pas pour une incapacité pour laquelle le degré d'invalidité est fixé à 5% ou moins de 5%.

12.2 FIXATION DU DEGRÉ D'INVALIDITÉ

Le degré d'invalidité est fixé par un médecin-expert désigné par la compagnie. Ceci dans un délai de six mois consécutifs à la consolidation, c'est-à-dire l'établissement de la stabilisation de l'état médical de l'assuré.

12.3 BARÈME DES POURCENTAGES D'INVALIDITÉ

Le barème des pourcentages d'invalidité est fixé dans les conditions particulières de la police. Pour les incapacités corporelles qui ne sont pas prévues par le barème repris dans les conditions particulières, mais qui se rapportent à des parties du corps qui sont prévues par le barème, le pourcentage d'invalidité sera déterminé après comparaison avec des incapacités corporelles qui sont prévues par le barème.

Pour les incapacités corporelles qui se rapportent à des parties du corps qui ne sont pas prévues par le barème repris dans les conditions particulières, le pourcentage d'invalidité sera déterminé sur base du Barème Officiel Belge des Invalidités.

Les pourcentages d'invalidité sont fixés sans prise en compte spécifique de l'activité professionnelle de la victime, sauf dispositions autres prévues dans les conditions particulières.

S'il est établi médicalement et qu'il en a été déclaré ainsi lors de la souscription du contrat, que l'assuré est gaucher, le pourcentage d'invalidité prévu pour le bras droit sera appliqué pour le bras gauche et inversement.

Si diverses lésions ou infirmités affectent le même membre ou le même organe, le pourcentage d'invalidité ne pourra jamais être supérieur à celui prévu en cas de perte du membre ou de l'organe.

Si plusieurs membres ou organes sont affectés, les pourcentages d'invalidité seront cumulés, sans dépasser un total de 100%.

NBB 1.009 - RPR Bruxelles 0440.719.894 – Banque: IBAN BE39 5230 8020 3719 - BIC TRIOBEBB

Des plaintes peuvent être adressées à notre service des plaintes: chaussée de Jette 221, 1080 Bruxelles, kov@protect.be, 02/412 39 01; à L'Ombudsman des assurances: square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, info@ombudsman.as ou au service des plaintes de la FSMA, rue du Congrès 12-14, 1000 Bruxelles



Chapitre 13.

INCAPACITE TEMPORAIRE A LA SUITE D'UN ACCIDENT

En cas d'accident causant une incapacité de travail temporaire, la compagnie paie à l'assuré totalement ou partiellement l'indemnité journalière prévue dans les conditions particulières.

Sous réserve de dispositions autres prévues au contrat et sous réserve des dispositions des articles 20.2., 20.3. et 20.4. des conditions générales, l'indemnité journalière est payable à partir du sixième jour consécutif à l'accident et maximum durant 730 jours.

Cette indemnité est payée intégralement tant que l'assuré reste incapable de reprendre son activité professionnelle et qu'il se conforme aux prescriptions de son médecin traitant. Elle sera réduite proportionnellement dès que l'assuré est capable de reprendre partiellement ses activités et elle s'arrête dès que le degré d'invalidité de l'incapacité temporaire s'élève à moins de 25%.

L'indemnité pour incapacité temporaire s'arrête en tout cas au moment de la consolidation de l'état médical de l'assuré.

L'indemnité pour incapacité temporaire est payée sans préjudice de celle payée en cas de décès ou d'incapacité permanente.

Chapitre 14.

FORMALITES A REMPLIR EN CAS DE SINISTRE

L'assuré, le preneur d'assurance ou le bénéficiaire est tenu de déclarer à la compagnie, tout accident ou décès dans un délai de cinq jours.

Toute déclaration doit mentionner les informations essentielles sur l'accident, telles que date, heure, lieu, cause, circonstances, conséquences, nom et adresse des témoins, nom, adresse et fonction de la victime.

La compagnie peut, en outre, requérir toute information ou attestation médicale qu'elle juge nécessaire.

Chapitre 15.

DELAI D'INDEMNISATION

Le capital assuré sera payé par la compagnie à l'assuré ou au bénéficiaire dans un délai de quinze jours après réception de tous les documents requis, et en cas d'incapacité permanente, dans un délai de quinze jours après que les parties aient conclu un accord quant au degré d'invalidité.

Chapitre 16.

DECHEANCE DE GARANTIE

L'assuré, victime du sinistre, doit immédiatement et aussi longtemps que son état l'exige, faire l'objet de soins médicaux appropriés afin de limiter les conséquences de l'accident et accélérer son rétablissement. Il ne pourra en aucun cas refuser de recevoir les médecins et délégués désignés par la compagnie, et devra les autoriser à procéder aux constatations nécessaires quant à l'appréciation de son état.

Le preneur d'assurance et/ou assuré devra fournir à la compagnie, toute information utile ou attestation concernant le traitement ou l'état de santé de la victime avant ou après l'accident.

Tout refus non justifié de subir cet examen entraînera, après une mise en demeure transmise par lettre recommandée, une déchéance de la garantie du chef de l'assuré.

Chapitre 17.

SANCTIONS

Si l'assuré et/ou le preneur d'assurance ne remplit pas une des obligations prévues à l'art. 14 des conditions générales et qu'il en résulte un préjudice pour la compagnie, celle-ci peut prétendre à une réduction de sa prestation à concurrence du préjudice qu'elle a subi.

La compagnie peut décliner sa garantie si, dans une intention frauduleuse, l'assuré n'a pas respecté les obligations prévues dans l'art. 14 des conditions générales.

Le bénéficiaire ou l'assuré qui déclare intentionnellement de fausses informations, communique des faux documents ou des documents non-valables dans le but d'induire la compagnie en erreur, perd tout droit à la garantie pour le sinistre concerné.

Chapitre 18.

PAIEMENT DEFINITIF

Toute indemnisation définitive libère la compagnie de toute obligation et les parties renoncent à toute révision quelconque, même fondée sur une modification ultérieure de l'état de la victime.

Chapitre 19.

EXCLUSIONS GENERALES

Ne sont pas garantis par le contrat, les accidents survenant :

- a) à l'occasion d'actes manifestement téméraires de l'assuré ou qu'il a intentionnellement causés ou provoqués. Par ailleurs, est exclue du bénéfice de la garantie, toute personne ayant intentionnellement causé ou provoqué l'accident.
- b) à l'occasion de querelles ou rixes, sauf en cas de légitime défense.
- c) à la suite d'une guerre. L'assuré conserve ses droits à la garantie durant quinze jours à compter du début des hostilités s'il est surpris à l'étranger au cours de tels événements.
- d) du fait de tous troubles et mesures entrepris pour les combattre, sauf si l'assuré prouve qu'il n'y a pas pris une part active.
- e) à l'occasion de la préparation pour ou lors d'une participation intentionnelle à des délits ou crimes.
- f) à la suite de l'état d'ivresse, d'intoxication alcoolique réprimée par la loi ou sous l'influence de stupéfiants absorbés sans prescription médicale, sauf si l'assuré ou l'ayant droit prouve que cet état n'est pas la cause de l'accident.
- g) exclusivement dus à des infirmités corporelles ou mentales.
- h) du fait de rayonnements ionisants autres que les rayonnements médicaux exigés par un sinistre garanti.
- i) en Belgique, à l'occasion ou à la suite d'un tremblement de terre, d'inondations et autres cataclysmes naturels.
- j) à la suite de paris ou défis, d'exercices acrobatiques, de l'exposition inutile et volontaire à un danger exceptionnel et, en général, de tout acte dangereux ou reconnu téméraire.
- k) lors d'un suicide ou d'une tentative de suicide.
- l) d'une situation antérieure. La compagnie ne garantit que la part du dommage qui serait la conséquence probable de l'accident si la situation antérieure n'avait pas existé.

Chapitre 20.

PRATIQUE D'UN SPORT

Les accidents survenus à la suite de la pratique d'un sport en amateur sont inclus dans la garantie du contrat, à l'exception des sports mentionnés ci-dessous.

20.1 SONT TOUJOURS EXCLUS :

- Le pilotage de tous moyens de navigation aérienne et l'usage comme pilote ou comme passager d'U.L.M. ou de delta-plane.
- La préparation, l'entraînement et la participation à :
 - a) des sports de combat et de défense tels que la boxe, le judo, le karaté et la lutte dans toutes ses formes.
 - b) des compétitions automobiles, motocyclistes ou de bateaux à moteur ainsi qu'à celles qui font usage d'engins à moteur.
 - c) tout sport ou activité lié à la navigation aérienne et au saut en parachute.
 - d) des courses hippiques.
 - e) toute pratique de sport à titre professionnel et/ou contre paiement.

20.2 SONT CO-ASSURÉS

moyennant un délai d'attente de 15 jours en incapacité temporaire et une franchise de 10% en incapacité permanente :

Les sports pratiqués en compétition comme le tennis, la course à pied, la natation, le badminton, le volleyball, le basketball, le handball, le patinage, le water-polo, ainsi que les préparations et les entraînements.

20.3 SONT CO-ASSURÉS

moyennant un délai d'attente de 30 jours en incapacité temporaire et une franchise de 15% en incapacité permanente :

- a) les sports pratiqués en compétition comme le football amateur dans le cadre d'une ligue, le cyclisme et l'équitation (entre-autres : dressage, saut d'obstacles)
- b) les accidents survenus lors de la pratique du ski à condition que le sport soit pratiqué en dehors de toute forme de compétition.
- c) la possession ou l'usage régulier d'un motocycle de plus de 50 cc., à l'exclusion de la participation à des compétitions, de l'entraînement et de tests de préparation sur le parcours prévu.

20.4 SONT CO-ASSURÉS

moyennant mention dans les conditions particulières, une prime complémentaire, un délai d'attente de 30 jours en incapacité temporaire et une franchise de 15% en incapacité permanente :

L'alpinisme, le bobsleigh, le skeleton, la spéléologie, la plongée sous-marine avec appareil respiratoire autonome, le rugby et le hockey sur glace, pratiqué en compétition ou non, ainsi que le ski pratiqué en compétition.

Chapitre 21.

MOYENS DE TRANSPORT

21.1 SONT GARANTIS, LES ACCIDENTS SURVENANT AUX ASSURÉS DU FAIT DE L'USAGE :

- a) en qualité de conducteur ou passager de tous moyens de transport terrestre et maritime, à l'exception de la préparation ou de la participation à des compétitions sportives pour véhicules ou bateaux à moteur.
- b) en qualité de passager de tout type d'avions, d'hydravions et d'hélicoptères dûment autorisés au transport de personnes, pour autant que les assurés ne fassent pas partie de l'équipage et n'exercent au cours du vol aucune activité professionnelle ou autre en relation avec l'appareil ou le vol. La disparition de l'assuré ne constitue pas présomption de survenance d'un accident mortel. Le décès par accident aérien sera admis si, après trois mois calendrier à compter du jour de la disparition du moyen de transport dans lequel l'assuré avait pris place, on reste sans nouvelle de l'appareil, du pilote ou d'autres occupants.

21.2 SONT EXCLUS DE LA GARANTIE, LES ACCIDENTS SURVENUS AUX ASSURÉS DU FAIT DE L'USAGE :

- a) en qualité de conducteur, de moyens de transport pour lesquels l'assuré ne possède pas de permis de conduire légal.
- b) en qualité de pilote, de tous moyens de navigation aérienne.

Chapitre 22.

CAS PARTICULIERS

22.1 PRESTATIONS MILITAIRES

La garantie est maintenue durant les prestations militaires effectuées en Belgique en temps de paix, étant entendu que les accidents inhérents aux activités militaires, à l'alpinisme et au saut en parachute restent exclus.

22.2 GROSSESSE

Les accidents ou l'aggravation des conséquences d'un accident dus à un état de grossesse ne sont pas couverts.

En conséquence, l'indemnisation sera limitée aux suites que l'accident aurait normalement entraîné si la victime n'avait pas été enceinte.