

Conditions Générales

- ***Accidents Corporels***
- ***Responsabilité Civile***
- ***Assistance Obsèques***
- ***Protection Juridique***

CONDITIONS GENERALES “ACCIDENTS CORPORELS”

DEFINITIONS : pour l'interprétation du contrat, on entend par :

- **la compagnie** : l'entreprise d'assurance, citée dans les conditions particulières, avec laquelle le contrat est conclu.
- **le preneur d'assurance** : la personne (civile ou morale) qui conclut le contrat avec la compagnie.
- **l'assuré** : la personne sur la tête de laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré.
- **le bénéficiaire** : la personne désignée pour recevoir les indemnités contractuellement prévues par la police.

OBJET ET ETENDUE DE L'ASSURANCE

Article 1

La compagnie garantit le paiement des indemnités convenues lorsqu'un assuré est victime d'un **accident corporel** survenu pendant et par le fait de l'accomplissement d'une activité assurée dans les circonstances définies aux conditions générales et particulières.

Article 2

Il est convenu que sauf stipulation contraire dans les conditions particulières, les garanties de la présente police s'étendent aux accidents corporels survenus en Belgique dans les limites prévues aux conditions particulières.

Article 3

- **Par “accident” on entend** : un événement soudain dont la cause ou une des causes est extérieure à l'organisme de la victime et qui produit une lésion corporelle.
- **La police garantit également** :
 - *Pour autant qu'il soit établi qu'ils sont la conséquence directe et exclusive d'un accident assuré, les risques suivants, sinon exclus : les maladies, contagions et infections, ainsi que les cas de tétanos ou de charbon.*
 - *Pour autant que survenues pendant et par le fait de l'accomplissement d'une activité assurée, sont également garanties par extension les lésions corporelles contractées à la suite de :*
 - la gelure, l'insolation, la noyade, l'hydrocution, l'empoisonnement et l'asphyxie par suite de l'ingestion involontaire d'un produit nocif.
 - *Pour autant qu'encourues pendant une activité assurée par la police, sont également garanties par extension :*
 - les lésions corporelles résultant de morsures d'animaux ou de piqûres d'insectes **non** survenues par le fait de l'accomplissement d'une activité assurée par la police.
 - *En outre sont également garanties pour autant que se situant dans le champ d'application du risque assuré :*
 - Les lésions corporelles encourues :
 - en état de légitime défense sans que l'assuré soit lui-même l'agresseur ;
 - lors du sauvetage de personnes, animaux ou biens en danger ;
 - Les lésions corporelles résultant :
 - d'attentats ou d'agressions survenues à un assuré ;
 - Les lésions corporelles suivantes, pour autant toutefois qu'il soit établi qu'elles se sont manifestées d'une manière immédiate et soudaine et ne peuvent qu'être la conséquence directe et exclusive d'un effort physique soudain à l'occasion d'une activité assurée :
 - les hernies discales et inguinales, les déchirures musculaires partielles ou totales, les déchirures de tendon, les longations, les foulures et les luxations.

Chaque fois qu'il est fait référence dans la police à un “accident” dans le sens d'un événement pouvant donner lieu au paiement des indemnités prévues dans la police, ce terme s'applique également aux extensions de garanties décrites ci-dessus. Ainsi, les exclusions applicables à des accidents s'appliqueront aussi aux extensions de garantie visées ci-dessus.

Article 4 - RISQUES EXCLUS

Sont exclus de l'assurance :

- a) les accidents résultant d'actes dangereux et téméraires injustifiables
- b) les accidents résultant de paris, défis ou participations à des délits;
- c) les accidents résultant d'événements de guerre, d'invasion, de troubles civils, d'émeutes, de grève, d'activités terroristes, d'attentats (à l'exception d'attentats visant personnellement un assuré), de cataclysmes naturels, à moins que l'assuré ou le bénéficiaire ne prouve que l'accident est sans relation avec lesdits événements.
- d) les accidents survenus alors que l'assuré est sous l'empire de stupéfiants ou de produits analogues, ou se trouve en état d'ivresse ou d'intoxication alcoolique, à moins que l'assuré ou le bénéficiaire ne prouve que l'accident est sans relation causale avec les circonstances précitées.
- e) les accidents causés volontairement par l'assuré ou le bénéficiaire, le suicide ou la tentative de suicide.
- f) les hernies internes, hernies discales, varices, lumbago et la sciatique, à moins qu'il ne soit établi qu'ils tombent sous l'application de l'extension aux lésions corporelles résultant d'un effort physique soudain comme défini dans l'article 3 ci-dessus.
- g) les accidents survenus à des personnes qui sont atteintes d'une maladie grave ou affligées d'une infirmité lourde comme la cécité, la surdité, la paralysie ou à des personnes souffrant de troubles mentaux, dépression nerveuse ou delirium tremens, à moins qu'il n'y ait pas de rapport entre l'accident et les situations susmentionnées.
- h) outre les conséquences de, également les accidents résultant de : une faiblesse, un affaiblissement, un collapsus, une congestion, un infarctus, une attaque d'apoplexie ou d'épilepsie ou d'autres affections de cette espèce.
- i) Les conséquences directes ou indirectes :
 - 1) des effets thermiques, mécaniques, radio-actifs et autres provenant d'une modification quelconque de la structure atomique de la matière ;
 - 2) de l'accélération artificielle de particules atomiques ;
 - 3) de radiations provenant des radioisotopes.

Au cas où un état préexistant avant l'accident aurait influencé l'accident, c.à.d. provoqué ou aggravé l'accident et/ou ses suites ou y aurait contribué directement ou indirectement, l'indemnité se calculera sur base des suites dommageables que l'accident aurait eues dans des circonstances identiques chez une personne se trouvant dans un état psycho-physique normal.

GARANTIES

Article 5

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

1. En cas de décès :

Si l'assuré décède à la suite d'un accident couvert par la police, dans les 12 mois à dater du jour de l'accident, la compagnie paie le capital assuré au bénéficiaire désigné aux conditions particulières, ou, à défaut, au conjoint cohabitant, à défaut aux héritiers légaux jusqu'au quatrième degré inclus. A défaut, la compagnie rembourse uniquement les frais de funérailles justifiés, jusqu'à un maximum égal au capital assuré.

Le paiement est effectué dans les 15 jours après que la compagnie a été mise en possession des documents qui prouvent que l'assuré est décédé à la suite d'un accident couvert, ainsi que la qualité des bénéficiaires.

2. En cas d'invalidité permanente :

En cas d'invalidité permanente résultant d'un accident couvert par la police la compagnie paie à l'assuré la partie du capital assuré proportionnelle au degré de l'invalidité permanente établie à la consolidation, soit d'un commun accord, soit par expertise médicale, mais au plus tard trois ans après le jour de l'accident, conformément au barème ci-dessous. Il n'est pas tenu compte de la profession de l'assuré, ni du dommage esthétique (invalidité physiologique).

L'invalidité permanente se divise en :

- a) **Invalidité permanente totale** : qui donne droit à la somme entière stipulée pour ce cas et qui consiste, soit dans la démence incurable, soit dans la perte totale (l'impotence fonctionnelle absolue d'un membre ou d'un organe est assimilée à sa perte totale elle-même) des deux yeux, des deux bras, des deux mains, des deux jambes, des deux pieds, d'un bras et d'une jambe, d'un bras et d'un pied, d'une main et d'une jambe ou d'une main et d'un pied.
- b) **Invalidité permanente partielle** : qui donne droit aux pourcentages ci-dessous indiqués, de la somme assurée pour le cas d'invalidité permanente totale et qui consiste dans une ou plusieurs des blessures ou des lésions énumérées ci-après :

	<u>DROIT</u>	<u>GAUCHE</u>
- Perte totale du bras	75%	60%
- Perte totale de l'avant-bras	65%	55%
- Perte totale de la main	60%	50%
- Perte totale du mouvent de l'épaule	30%	25%
- Perte totale du mouvement du coude ou du poignet	25%	20%
- Perte totale du pouce	20%	18%
- Perte totale de l'index	16%	14%
- Perte totale du majeur	12%	10%
- Perte totale de l'annulaire ou de l'auriculaire	10%	8%
- Perte totale d'une cuisse		60%
- Perte totale d'une jambe ou d'un pied		50%
- Perte partielle d'un pied comprenant tous les orteils		30%
- Ablation de la mâchoire inférieure		30%
- Perte totale d'un oeil ou réduction de moitié de la vision binoculaire		30%
- Surdité complète des deux oreilles		40%
- Surdité complète d'une oreille		15%
- Fracture non remise d'un pied ou d'une jambe		30%
- Perte totale du mouvement d'une hanche ou d'un genou		25%
- Fracture non-remise d'une rotule		25%
- Raccourcissement d'au moins 5 centimètres d'un membre inférieur		15%
- Raccourcissement d'au moins 3 centimètres d'un membre inférieur		10%
- Perte totale d'un gros orteil		10%
- Perte totale d'un autre orteil		5%

Les invalidités non énumérées ci-dessus, même d'importance moindre, sont indemnisées en proportion de leur gravité comparée à celle des cas énumérés et sans tenir compte de la profession de l'assuré. Pour un gaucher, les taux fixés pour le membre supérieur droit s'appliqueront au membre supérieur gauche et inversement.

3. En cas d'incapacité temporaire :

Lorsque l'accident entraîne une incapacité temporaire, la compagnie paye à l'assuré l'indemnité journalière convenue, et ceci à partir de la date de début du traitement médical ou à partir du jour suivant l'expiration du délai de carence prévu dans les conditions particulières.

L'indemnité est accordée jusqu'à la consolidation, mais au maximum pendant 300 jours à compter de la date de l'accident, ou pendant la durée convenue en conditions particulières.

Cette indemnité sera réduite proportionnellement à la capacité de travail aussitôt que l'assuré pourra vaquer partiellement à ses occupations ; elle sera supprimée dès que l'incapacité de travail n'atteint plus 25%.

4. Frais de traitement :

La compagnie garantit le remboursement des frais de traitement qui sont normale et conformément à l'usage général nécessaires au recouvrement de la santé suite à un accident tombant sous l'application du présent contrat. La garantie est accordée jusqu'à la consolidation des lésions sans pouvoir excéder toutefois la période de garantie prévue dans les conditions particulières et ce à concurrence de la somme précisée aux conditions particulières, dans les limites et suivant les dispositions prévues dans ces conditions particulières. Ces remboursements ne sont accordés que sur présentation de pièces justificatives originales.

Article 6

En cas de différend relatif à une question d'ordre médical, il peut être recouru, d'un commun accord, à une expertise. L'expertise est accomplie par des experts désignés l'un par l'assuré ou le bénéficiaire de la garantie, l'autre par la compagnie. Si nécessaire, les experts s'adjoindront un troisième expert.

Conjointement, ils forment un collège qui tranche à la majorité des voix. Au cas où l'une des parties omettrait de désigner son expert, celui-ci sera désigné par le Président du tribunal compétent, à la demande de la partie la plus diligente. Il en est de même si les deux experts ne tombent pas d'accord sur le choix du troisième expert ou si l'un d'eux ne s'acquiesce pas de sa mission. Chaque partie prend en charge les honoraires et frais de l'expert qu'elle a désigné ; ceux concernant le troisième expert et les spécialistes éventuellement consultés à la demande des experts sont supportés pour moitié par chaque partie.

Article 7

Un même accident ne peut donner lieu au paiement d'une indemnité pour le cas de décès et d'une indemnité pour incapacité permanente. Le paiement de l'indemnité en cas d'incapacité temporaire (indemnité journalière) a lieu sans préjudice de celle due pour le cas de mort ou d'invalidité permanente. L'indemnité totale due pour plusieurs invalidités provenant du même accident s'obtient par addition, sans pouvoir dépasser la somme intégrale assurée pour invalidité permanente totale.

Toutefois, si après le paiement d'une indemnité pour invalidité permanente, le décès de l'assuré survient dans le délai d'un an à compter du jour de l'accident, la compagnie aura à payer le capital convenu pour le cas de décès sous déduction de la somme déjà payée pour invalidité permanente à condition que le décès soit incontestablement la conséquence exclusive de l'accident.

Le bénéficiaire du capital assuré en cas de décès ne pourra contester la réduction que subit, de ce fait, le capital assuré.

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

Article 8

La garantie ne porte que sur les conséquences de l'accident lui-même et pour autant qu'aucune maladie ou invalidité ne soit intervenue comme facteur dans la blessure ou ses suites.

La perte de membres ou organes hors d'usage avant l'accident ne donne pas lieu à une indemnité, et la lésion de membres ou organes déjà infirmes n'est indemnisée que par différence entre l'état avant et après l'accident.

Les lésions des membres ou organes sains, atteints par l'accident, doivent être évaluées sans tenir compte d'un état antérieur d'invalidité pouvant affecter d'autres membres ou organes.

La compagnie ne doit aucune indemnité en cas de décès par maladie, alors même que celle-ci aurait été aggravée par un accident, qu'il soit survenu avant, conjointement ou après l'état de maladie.

En outre, chaque fois que les suites dommageables d'un accident seront aggravées par des causes ou des circonstances autres que le fait de l'accident même, l'indemnité sera calculée d'après les suites qu'aurait eues l'accident chez une personne se trouvant dans un état psycho-physique normal et qui ne subit pas les effets de ces causes et circonstances.

Cela signifie que la garantie ne concerne que les dommages exclusivement causés par l'accident couvert et que les dommages causés par d'autres faits, qu'ils soient survenus avant, après ou simultanément à l'accident, ne tombent pas sous l'application de la garantie.

Article 9 - OBLIGATIONS EN CAS D'ACCIDENT

Tout accident doit être déclaré immédiatement par écrit à la compagnie et au plus tard dans les huit jours de sa survenance.

Cette obligation incombe à tous les assurés.

La déclaration d'accident doit indiquer dans la mesure du possible, les causes, les circonstances, le jour, l'heure et le lieu de l'accident, le nom, les prénoms et le domicile de la victime et des témoins.

Elle doit être accompagnée d'un certificat médical mentionnant la nature des lésions encourues, les conséquences probables de l'accident et la durée probable du traitement et de l'incapacité de travail qui résulteront de l'accident.

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

Immédiatement après l'accident, le blessé est tenu de consulter un docteur en médecine si son état le réclame. Les bénéficiaires de l'assurance doivent établir que et dans quelle mesure le dommage pour lequel ils demandent une indemnité est causalement imputable à un accident couvert par la police.

Ils doivent fournir à la compagnie ou à ses délégués tous renseignements et pièces justificatives touchant l'accident qui leur seraient réclamés.

Les médecins et les délégués de la compagnie ne pourront être admis auprès des victimes que s'ils souhaitent constater leur état.

La compagnie doit être avisée immédiatement de tout accident à issue fatale, et en tout cas en temps utile pour lui permettre d'exercer son droit de contrôle, si nécessaire par la voie d'une autopsie.

Le fait que la compagnie ne fait pas une demande d'autopsie ne crée aucune présomption d'acceptation du sinistre.

Dans le chef des bénéficiaires de l'assurance, l'autopsie peut constituer un élément de preuve potentiel dans le cadre de la charge de la preuve qui repose sur eux pour démontrer que leur demande d'indemnité est couverte par la police.

Aussi longtemps que cette preuve n'est pas apportée la compagnie ne doit pas faire une demande d'autopsie si elle le souhaite ainsi. La compagnie n'a donc pas le monopole en ce qui concerne les demandes d'autopsie.

Dans le chef de la compagnie l'autopsie est un moyen potentiel de contrôler les éléments justificatifs soumis par les bénéficiaires de l'assurance, au cas où elle aurait des doutes à cet égard. Cela signifie que dans le cas où la compagnie fait une demande d'autopsie, cela sous-entend a priori que les bénéficiaires de l'assurance ont préalablement introduit auprès de la compagnie des éléments qu'ils considèrent comme étant la preuve du fait que leur demande d'indemnité est couverte par la police.

Pour ce qui concerne plus particulièrement la mort par noyade, il est précisé qu'il ne suffit pas de prouver qu'il y a eu asphyxie dans une substance liquide. Il doit être établi que les faits ayant donné lieu à la noyade ne sont pas exclus par la police.

Article 10 - RESILIATION APRES SINISTRE

Sauf stipulation contraire dans les conditions particulières, la compagnie se réserve le droit de résilier le contrat après la survenance d'un sinistre.

Le preneur d'assurance dispose dans ce cas du même droit.

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

La résiliation prend effet au plus tôt 3 mois après la date de la notification. Toutefois, elle peut prendre effet 1 mois après la date de sa notification lorsque le preneur d'assurance, l'assuré ou le bénéficiaire a manqué à l'une des obligations nées de la survenance du sinistre dans l'intention de tromper l'assureur.

PAYEMENT DES PRIMES

Article 11

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

Article 12

La garantie de la police ne prend cours qu'après le paiement de la première prime. Pour ce qui concerne les primes suivantes, la compagnie peut en cas de défaut de paiement de la prime à l'échéance, suspendre la garantie du contrat ou résilier le contrat à condition que le preneur d'assurance ait été mis en demeure, soit par exploit d'huissier, soit par lettre recommandée à la poste. La suspension de garantie ou la résiliation sortent leurs effets à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du lendemain de la signification ou du dépôt de la lettre recommandée à la poste.

Si la garantie a été suspendue, la paiement par le preneur d'assurance des primes échues, augmentées s'il y a lieu des intérêts, comme spécifié dans la dernière sommation ou décision judiciaire, met fin à cette suspension.

Lorsque la compagnie a suspendu son obligation de garantie, elle peut encore résilier le contrat si elle s'en est réservé la faculté dans la mise en demeure visée à l'alinéa 1er ; dans ce cas, la résiliation prend effet au plus tôt à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du premier jour de la suspension. Si la compagnie ne s'est pas réservé cette faculté, la résiliation intervient après nouvelle mise en demeure conformément aux alinéas 1er et 2.

La suspension de la garantie ne porte pas atteinte au droit de la compagnie de réclamer les primes venant ultérieurement à échéance à condition que le preneur d'assurance ait été mis en demeure conformément à l'alinéa 1er. Le droit de la compagnie est toutefois limité aux primes afférentes à deux années consécutives.

Aucun sinistre survenu pendant la période de suspension de la garantie n'est à charge de la compagnie.

DESCRIPTION ET MODIFICATION DU RISQUE / DECLARATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE.

Article 13

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

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

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

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

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

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

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

Article 14

En cours de contrat, le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer, dans les conditions de l'art. 13, 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, la compagnie n'aurait consenti l'assurance qu'à d'autres conditions, elle doit, dans le délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'aggravation, proposer la modification du contrat avec effet rétroactif au jour de l'aggravation. Si la proposition de modification du contrat est refusée par le preneur d'assurance ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, la compagnie peut résilier le contrat dans les quinze jours.

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

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

Article 15 - MODIFICATIONS DES CONDITIONS D'ASSURANCE ET TARIFAIRES

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

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

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

Les dispositions du présent article ne portent pas atteinte à celle de l'art. 17.

DUREE - RENOUELEMENT - FIN DU CONTRAT**Article 16**

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

Article 17

La compagnie peut résilier le contrat :

- Pour la fin de chaque période d'assurance, conformément à l'article 16.
- En cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelles dans la description du risque en cours du contrat, comme prévu à l'article 14.
- En cas d'omission ou d'inexactitude non intentionnelles dans la description du risque à la conclusion du contrat, comme prévu à l'article 13
- En cas de non-paiement de la prime, conformément à l'article 12.
- Sauf stipulation contraire comme prévu dans l'article 10 : après chaque déclaration de sinistre, mais au plus tard un mois après le paiement ou le refus de paiement de l'indemnité.

Article 18

Le preneur d'assurance peut résilier le contrat :

- Pour la fin de chaque période d'assurance, conformément à l'article 16.
- Sauf stipulation contraire comme prévu à l'article 10 : après chaque déclaration de sinistre, mais au plus tard un mois après la notification par la compagnie du paiement ou du refus de paiement de l'indemnité.
- En cas de modification des conditions d'assurance et du tarif, conformément à l'article 15.
- En cas de diminution du risque, dans les conditions prévues à l'article 14.
- Lorsque, entre la date de sa conclusion et celle de la prise d'effet, s'écoule un délai supérieur à un an.
Cette résiliation doit être notifiée au plus tard trois mois avant la prise d'effet du contrat.

Article 19

La résiliation se fait par exploit d'huissier de justice, par lettre recommandée ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé.

Sauf dans les cas visés aux articles 10, 12, 15 et 16, la résiliation n'a d'effet qu'à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la signification ou de la date du récépissé ou, dans le cas d'une lettre recommandée, à compter du lendemain de son dépôt à la poste.

Article 20 - ABANDON DE RECOURS

La compagnie fait abandon de tout recours qu'elle pourrait exercer contre le responsable de l'accident, sauf pour ce qui concerne ses interventions en matière des garanties de police à caractère indemnitaire et ce conformément aux dispositions de l'article 41 de la loi du 25.06.1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

Article 21 - COMMUNICATIONS ET NOTIFICATIONS.

Les communications et notifications destinées à la compagnie doivent être faites à l'un des sièges d'exploitation en Belgique ou à toute autre personne désignée à cette fin dans les conditions particulières.

Les communications et notifications au preneur d'assurance sont valablement faites à la dernière adresse connue par la compagnie.

Article 22 - RENVOI - SURCHARGE .

Aucun renvoi, surcharge ou dérogation, aucune modification des clauses imprimées ou manuscrites du présent contrat n'est opposable à la compagnie, sauf paraphe ou visa émanant de la direction de la compagnie.

Article 23 - PLURALITE DE CONTRATS.

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

CONDITIONS GENERALES “RESPONSABILITE CIVILE”

DEFINITIONS : pour l’interprétation du contrat on entend par :

- **la compagnie** : l’entreprise d’assurance, citée dans les conditions particulières, avec laquelle le contrat est conclu.
- **le preneur d’assurance** : la personne (civile ou morale) qui conclut le contrat avec la compagnie.
- **l’assuré** : toute personne dont la responsabilité est couverte par le contrat.
- **les personnes lésées** : les personnes qui ont subi un dommage donnant lieu à l’application du contrat et leurs ayants droit.

OBJET ET ETENDUE DE L’ASSURANCE

Article 1

La compagnie garantit les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile que l’assuré peut encourir, en vertu des dispositions des articles 1382 à 1384 du Code Civil, à raison d’accidents causés en Belgique à des tiers et résultant d’une manière exclusive et directe du risque couvert par la présente assurance tel qu’il est défini aux conditions particulières.

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

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

- **Dommages corporels** : toute atteinte corporelle subie par une personne physique, y compris les dommages moraux.
- **Dégâts matériels** : tout effet de détérioration ou de destruction d’un bien matériel, y compris les dommages causés aux animaux.

Article 2

La garantie de la compagnie est limitée pour chaque accident aux sommes fixées aux conditions particulières. L’amende, étant une peine, est exclue de la garantie.

A concurrence de cette garantie, la compagnie paie l’indemnité due en principal.

La compagnie paie, même au-delà des limites de la garantie, les intérêts afférents à l’indemnité due en principal.

Pour ce qui concerne les intérêts, les frais et les frais de sauvetage : voir article 11 ci-après.

Si la réparation civile consiste en une rente et qu’une acquisition de titres est ordonnée pour garantir son paiement, la compagnie s’oblige à consacrer le montant disponible de sa garantie à l’achat des titres qui seront immatriculés pour la nue propriété au nom de la compagnie et pour l’usufruit au nom des crédientiers.

A défaut de prescription d’achat de titres, la compagnie servira les arrérages de la rente jusqu’à épuisement de sa garantie.

Article 3

Sont exclus de l’assurance :

1. les dommages matériels, résultant directement ou indirectement de l’eau, du feu, de l’explosion et de la fumée.
2. tout dommage :
 - a) du à des événements ou à des engins de guerre, faits de grèves, émeutes, troubles civils
 - b) occasionné directement ou indirectement par une explosion atomique ou par des émanations radioactives dues à un phénomène de modification du noyau atomique
3. les dommages causés par tout véhicule automoteur
4. tout dommage causé par un des assurés :
 - a) aux biens immobiliers, aux matières premières, objets et animaux, dont le preneur d’assurance et/ou l’organisateur assuré sont locataires ou dépositaires ou qui leur sont confiés pour usage et/ou tout autre but.

b) suite à un acte volontaire ou intentionnel.

c) en état d’ivresse, de dérangement mental, d’intoxication alcoolique ou sous l’influence de stupéfiants.

d) du fait de paris, défis, luttas, rixes ou actes notoirement périlleux et téméraires.

5. Les accidents entraînant une pollution ou un risque de pollution.

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

OBLIGATIONS EN CAS D’ACCIDENT

Article 4

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

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

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

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

Article 5

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

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

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

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

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

Article 6

Toute reconnaissance de responsabilité, toute transaction, toute fixation de dommage, toute promesse d’indemnisation, tout paiement faits par l’assuré, sans autorisation écrite de la compagnie, lui sont inopposables.

L’aveu de la matérialité d’un fait ou la prise en charge par l’assuré des premiers secours pécuniaires et des soins médicaux immédiats ne peuvent constituer une cause de refus de garantie par la compagnie.

Article 7 - TRANSMISSION DES PIECES

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

Article 8 - DEFAUT DE COMPARAITRE

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

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

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

b) Opposabilité des exceptions, nullités et déchéances :

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

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

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

Article 11 - INTERETS - FRAIS - FRAIS DE SAUVETAGE

Dans le contexte des dispositions de la loi du 16.03.1994, le paiement des intérêts, frais et honoraires tels que prévus par l'article 82 de la loi du 25.06.1992 et dont il a été question ci-dessus, de même que les frais de sauvetage visés par l'article 52 de la loi du 25.06.1992, sont limités conformément aux dispositions de l'A.R. du 29.12.1994.

POUR LES ARTICLES DES CONDITIONS GENERALES QUI SUIVENT, RENVOI EST FAIT AUX ARTICLES DES CONDITIONS GENERALES "ACCIDENTS CORPORELS" QUI Y CORRESPONDENT :

- RESILIATION APRES SINISTRE : Article 10
- PAYEMENT DES PRIMES : Article 11 et Article 12
- DESCRIPTION ET MODIFICATION DU RISQUE / DECLARATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE : Article 13 et Article 14
- MODIFICATION DES CONDITIONS D'ASSURANCES ET TARIFAIRES : Article 15
- DUREE/RENOUVELLEMENT/FIN DU CONTRAT : Article 16, Article 17, Article 18 et Article 19
- COMMUNICATIONS ET NOTIFICATIONS : Article 21
- RENVOI / SURCHARGE : Article 21
- PLURALITE DE CONTRATS : Article 23

GARANTIE “ASSISTANCE OBSEQUES” POUR LES MEMBRES AFFILIES

DELA Verzekeringen N.V. verzekeringsonderneming toegelaten onder code nr. 0985 om de tak levensverzekeringen te beoefenen.

INTRODUCTION

La section I / B./A. définit la garantie “Assurance funéraire” en laissant le choix entre, d’une part, la garantie qui prévoit le remboursement **des frais funéraires** réellement exposés en Belgique, jusqu’à concurrence de maximum **€ 4.500-** par accident et, d’autre part, la garantie “Assistance obsèques”, dans laquelle l’assureur assume lui-même l’organisation des obsèques en Belgique.

Ces deux garanties sont uniquement acquises aux membres inscrits dans l’option “A.C.” en cas d’accidents corporels assurés par la police et dont ils sont victimes pendant et par le fait de la pratique de l’activité sportive principale. Les conditions à remplir pour pouvoir bénéficier de cette “Assurance funéraire” sont identiques à celles applicables au capital “Décès”, ce qui signifie que les garanties seront uniquement applicables si le capital “Décès” est dû.

Dans le cas de la garantie “Frais funéraires”, le remboursement est réglé en même temps que le capital “Décès”, en d’autres termes à un moment où il est établi que le capital “Décès” est effectivement dû.

Ce n’est pas le cas pour la garantie “Assistance obsèques”.

En effet, les obsèques peuvent se dérouler à un moment où le dossier de l’accident est encore à l’examen. Le recours à la garantie “Assistance obsèques” est dès lors soumis aux conditions préalables suivantes.

1) Les circonstances

Il doit être établi que la victime est décédée des suites d’un événement survenu pendant et par le fait de la pratique de l’activité sportive principale assurée par la police.

2) Les motifs d’exclusion prévus dans la police, à contrôler sur le plan médical

Lorsqu’il n’est pas établi qu’il est exclu que le décès ou la cause de l’accident qui a entraîné le décès pourraient (notamment) être imputables à une cause interne à l’organisme de la victime, en d’autres termes à un motif d’exclusion prévu dans la police et à contrôler sur le plan médical, il ne peut être recouru à l’assistance funéraire que si les personnes pouvant prétendre au capital “Décès” garanti procèdent, dans le cadre de l’administration de leur preuve, à une demande d’exécution d’autopsie tenant compte du contrôle en question.

3) Restitution

Si, après l’exécution de l’assistance funéraire, il s’avère ultérieurement que le décès qui en faisait l’objet n’était pas couvert par la police, les frais funéraires justifiés exposés par la compagnie devront être remboursés.

La non-assurance peut être déduite du rapport d’autopsie, mais également d’un examen plus approfondi des circonstances.

L’organisation des obsèques est garantie par **DELA Assurances S.A.** selon les dispositions suivantes :

A. PRESTATIONS DE BASE

L’assurance comprend :

- a) les prestations de base assurées en nature;
- b) un capital complémentaire pour des prestations supplémentaires ayant trait aux obsèques.

Ensemble elles forment l’assurance obsèques en nature.

Les obsèques peuvent avoir lieu sous forme d’un enterrement ou sous forme d’une crémation et sont toujours exécutés par un entrepreneur de pompes funèbres proposé par la compagnie.

Dans le cas d’un enterrement, la compagnie d’assurances garantit les prestations suivantes :

- Le transport (en Belgique) du défunt vers son domicile / le funérarium.
- Les soins sanitaires du défunt.
- La mise en bière du défunt, au domicile, dans un salon mortuaire ou dans un funérarium.
- Le cercueil (le type usuel du lieu d’habitation du défunt au moment du décès).
- Conseils et assistance dans toutes les formalités administratives.
- Le corbillard à l’église, au domicile et/ou au funérarium.
- Le personnel nécessaire.
- 150 faire-part de décès (port payé).
- 200 images-souvenir (en noir & blanc, sans photo).
- Lors d’un enterrement, le placement d’une inscription provisoire.

Dans le cas d’une crémation, la compagnie d’assurances garantit les prestations supplémentaires suivantes :

- Le transfert du défunt vers le crématorium le plus proche.
- L’incinération
- Le transfert de l’urne au funérarium ou au lieu de dispersion des cendres.

B. CAPITAL COMPLEMENTAIRE

Sont également assurées, les prestations complémentaires se rapportant aux obsèques, telles que :

le service religieux – la réception – le surcoût d’un cercueil autre que le type usuel – les vêtements de deuil – les transports supplémentaires – les imprimés supplémentaires – l’organisation de la chapelle ardente etc...

Cette énumération est purement informative et nullement limitative.

Le montant des prestations complémentaires est fixé d’année en année. Il sera adapté à l’évolution des coûts des prestations de base, et ce conformément à l’article 11 des conditions générales.

Pour l’année **2005** le montant des prestations complémentaires est fixé à :

- Assurance enterrement assurés plus de 12 ans : **€ 955,85-**
- Assurance crémation assurés plus de 12 ans : **€ 919,09-**
- Assurance enterrement assurés moins de 12 ans : **€ 514,68-**
- Assurance crémation assurés moins de 12 ans : **€ 494,89-**

DEMANDE D’ASSISTANCE OBSEQUES

- L’assistance obsèques doit être demandée téléphoniquement via le “**Call Center**” I.P.A. de **DELA** au numéro **03/231.55.35** avec mention du numéro de police précédé de la lettre **A**, c.à.d. **A.1.xxx.xxx** et le **nom de la fédération**, c.à.d. **FEDERATION FRANCOPHONE BELGE DE CYCLOTOURISME**.

Le **Call Center** prévient à son tour le “**Funeral Assistant**” de **DELA** qui contactera le demandeur afin d’accompagner le déroulement ultérieur, partant de la demande de toutes les données utiles dans le cadre des dispositions énumérées ci-dessus.

- En demandant l’assistance obsèques, l’on n’est en aucun cas exempté de l’obligation de signaler tout accident mortel à **ARENA**, conformément aux dispositions de police y afférentes reprises sous la **Section I**.

CONDITIONS GENERALES “PROTECTION JURIDIQUE”

CONVENTIONS SPECIALES DE L’ASSURANCE “PROTECTION JURIDIQUE” LIEES A LA GARANTIE “RESPONSABILITE CIVILE” (DIVISION III)

A. OBJET DE L’ASSURANCE

Article 1

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

B. ETENDUE TERRITORIALE

Article 2

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

C. SINISTRES COUVERTS

Article 3

- a) En cas de litige extra-contractuel survenu à l’occasion d’un événement couvert par la garantie “Responsabilité Civile” telle que prévue dans la police dans le cadre des activités assurées :
- le recours civil pour tout dommage encouru par l’assuré ;
 - la défense pénale de l’assuré lors de poursuites pour infractions ;
 - la défense administrative de l’assuré ;
 - le recours civil dans le cadre de l’art. 29bis de la loi du 21.11.1989 relative à l’assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs (au cas où les garanties de police “Responsabilité Civile” comprennent les risques de circulation) .
- b) La défense civile est en principe assumée par l’assureur de la responsabilité civile. Elle n’est donc garantie lorsque les intérêts de l’assuré divergent de ceux de son assureur R.C. ou, si pour une raison valable, la couverture de responsabilité civile fait défaut.
- Il est rappelé que ne font pas partie de la garantie , les sommes en principal et accessoires (tels que dépens, intérêts ou pénalités) que l’assuré pourrait être condamné à payer en vertu d’une décision judiciaire ou d’une transaction amiable.

D. QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

Article 4

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

L’assuré s’engage en outre à transmettre au Gestionnaire tout renseignement, document ou justificatif nécessaire afin de permettre à ce dernier de rechercher une solution amiable satisfaisante et de l’aider à défendre efficacement ses intérêts.

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

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

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

E. PRESTATIONS ASSUREES

Article 5

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

- Jusqu’à un montant maximum de € 6.200- par sinistre, quel que soit le nombre d’assurés impliqués :
 - les honoraires et les frais d’avocat , d’huissier de justice , d’expert , ;
 - les frais de procédure qui restent à charge de l’assuré, y compris les frais afférents à l’instance pénale ;
 - les frais d’une procédure d’exécution par titre exécutoire .

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

F. LIBRE CHOIX DE L'AVOCAT

Article 6

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

Si un avocat intervient en dehors du territoire de la Cour d'Appel dont son barreau fait partie, les frais et honoraires supplémentaires qui en résultent restent à charge de l'assuré. Lorsque plusieurs assurés possèdent des intérêts convergents, à défaut de désignation d'un seul avocat, la compagnie ne couvrira que les frais et honoraires de l'avocat librement choisi par le preneur. L'assuré, lorsqu'il choisit un avocat, doit communiquer les nom et adresse de ce dernier en temps opportun pour que le Gestionnaire puisse lui transmettre le dossier qu'il a préparé.

Si l'assuré, sans l'accord du Gestionnaire, décharge l'avocat chargé de l'affaire au profit d'un autre, la compagnie ne prendra pas en charge les frais et honoraires excédant ceux qu'elle aurait été amenée à exposer si l'avocat n'en avait pas été 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.

G. PAYEMENT DES HONORAIRES ET FRAIS

Article 7

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

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

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

H. DIVERGENCE D'OPINION

Article 8

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

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

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

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

I. OBLIGATION D'INFORMATION

Article 9

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

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

J. DROITS ENTRE ASSURES

Article 10

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

K. DISPOSITIONS FINALES

Article 11

La garantie ne s'applique pas :

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

L. PLURALITE D'ASSURANCES

Article 12

Afin de permettre à la compagnie d'appliquer en cas de sinistre les dispositions et conventions prévues par l'article 45 de la loi du 15.06.1992, toute police entrant en considération et qui couvre également le sinistre déclaré devra être notifiée, quelles que soient les personnes qui ont souscrit de telles polices.