



BOEK B BIJLAGE 1 VERZEKERINGEN



INHOUDSTAFEL

1	Verzekeringen.....	3
1.1	Algemene principes.....	3
1.2	Begunstigden.....	3
1.3	Criteria van tegemoetkoming.....	4
1.3.1	Definitie van een ongeval.....	4
1.3.2	Aanvaarde gevolgen van een ongeval.....	4
1.3.3	Niet-aanvaarde gevolgen van een ongeval.....	5
1.3.4	Plaats van het ongeval.....	5
1.4	Administratieve procedure.....	6
1.4.1	Melding van het ongeval.....	6
1.4.2	Stavingsstukken.....	6
1.5	Tegemoetkoming.....	6
1.5.1	Mogelijke tegemoetkomingen.....	6
1.5.2	Tegemoetkoming in de kosten.....	7
1.5.3	Regeling voor loon- en winstderving.....	8
1.5.4	Vergoeding bij overlijden.....	9
1.5.5	Vergoeding voor blijvende invaliditeit.....	9
1.5.6	Stopzetting van de tegemoetkoming en genezingsattest.....	10
1.6	Betalingen.....	10
1.6.1	Wijze van betaling.....	10
1.6.2	Betalingstermijn.....	11
1.6.3	Terugbetaling van de tegemoetkoming uitgekeerd door de verzekeraar.....	11
1.6.4	Subrogatie.....	11
1.7	verzekeringopolissen.....	11
1.7.1	UITTREKSEL UIT DE BIJZONDERE VOORWAARDEN VOOR LEDEN EN NIET-LEDEN.....	12
1.7.2	UITTREKSEL UIT DE BIJZONDERE VOORWAARDEN VOOR CONTRACTUELEN.....	13
1.7.3	ALGEMENE VOORWAARDEN.....	14

1 VERZEKERINGEN

1.1 ALGEMENE PRINCIPES

Artikel 1

De bond is waarborgen overeengekomen bij de verzekeringsmaatschappij ARENA onder de nummers:

- BA 1.116.531/A (leden), BA 1.116.531/B (niet-leden) en BA 1.116.531/C (contractuelen);
- LO 1.116.530/A (leden), LO 1.116.530/B (niet-leden) en LO 1.116.530/C (contractuelen).

Deze waarborgen zijn overeengekomen ter vergoeding van:

- 1° schade veroorzaakt aan derden (BA = burgerlijke aansprakelijkheid)
- 2° lichamelijke letsels (LO = lichamelijke ongevallen)

Artikel 2

Dit hoofdstuk regelt de toepassing van de polissen vermeld in bijlage (en hun latere wijzigingen).

1.2 BEGUNSTIGDEN

Artikel 3

Elk aangesloten lid van de KBVB, en niet-aangesloten leden bij sportpromotionele activiteiten die de bond en/of aangesloten clubs inrichten kunnen genieten van de tussenkomst van deze waarborgen:

- 1° De bij de KBVB aangesloten spelers al dan niet onderworpen aan de sociale zekerheid in hun hoedanigheid van speler, die als titularis of als invaller deelnemen aan een wedstrijd of aan een training zoals bij dit reglement bedoeld. Nochtans komen betaalde sportebeoefenaars, die conform hun statuut kunnen genieten van de verzekering tegen arbeidsongevallen, niet in aanmerking voor terugbetaling van geneeskundige kosten, noch voor vergoedingen voor blijvende werkonbekwaamheid, noch voor vergoedingen voor overlijden.
- 2° De scheidsrechters en andere bij de bond aangeslotenen, speciaal door de bond afgevaardigd om, rechtstreeks of onrechtstreeks, deel te nemen aan voetbalwedstrijden en trainingen.
- 3° De gelegenheidsscheidsrechters.
- 4° De leden van bondsinstanties die een bondsvergadering moeten bijwonen of een bondszending moeten vervullen.
- 5° De niet-spelende aangeslotenen door de clubs afgevaardigd om officiële functies te bekleden, op voorwaarde dat hun naam op het wedstrijdblad voorkomt.
- 6° De geneesheren, kinesitherapeuten, verzorgers en onbezoldigde trainers, op voorwaarde dat zij aangesloten zijn bij de bond.
- 7° De stewards van een club, aangesloten bij de KBVB en geldig toegewezen aan een club, die de ordediensten bijstaan ter gelegenheid van een wedstrijd.
- 8° De vrijwilligers, aangesloten bij de KBVB en toegewezen aan een club, die deze club bijstaan in haar activiteiten binnen de ruimte van het stadion, met uitzondering van alle

extrasportieve manifestaties. De sportactiviteiten moeten plaatshebben naar aanleiding van wedstrijden en trainingen.

1.3 CRITERIA VAN TEGEMOETKOMING

1.3.1 Definitie van een ongeval

Artikel 4

Onder ongeval wordt verstaan, de schade veroorzaakt door het plotseling of toevallig optreden van een uitwendige kracht, onafhankelijk van de wil van het slachtoffer.

1.3.2 Aanvaarde gevolgen van een ongeval

Artikel 5

De volgende gevolgen worden aanvaard door de verzekeraar:

- 1° De letsels voortspruitend uit allerhande inspanningen, spit, lendenverrekking, pees- en spierklap, krampen, pees- en spierscheuring en bloedvergiftiging wanneer zij voortspruit uit een verwonding waarvoor de verzekeraar tussenkomt.
- 2° Letsels opgelopen in een niet-aangekondigde vriendschappelijke wedstrijd. In dit geval echter wordt het bedrag van deze tussenkomst teruggevorderd via de rekening-courant van de club die de niet-aangekondigde wedstrijd organiseerde.
- 3° Letsels opgelopen tijdens een training of wedstrijd bij een club waarvoor de speler niet gekwalificeerd is, zonder toestemming van zijn club van toewijzing. In dit geval echter wordt het bedrag van deze tussenkomst teruggevorderd via de rekening-courant van de club die van de diensten van de speler heeft gebruik gemaakt.
- 4° De lichamelijke of materiële schade opgelopen door een scheidsrechter die een niet-aangekondigde vriendschappelijke wedstrijd leidt. In dat geval wordt het bedrag van de tussenkomst teruggevorderd via de rekening-courant van de inrichtende club.
- 5° De slagen, de verwondingen, de lichamelijke en/of materiële schade als gevolg van vechtpartijen of aanrandingen die voortvloeien uit de normale risico's van een wedstrijd, met uitzondering van de schade die de aanrander zelf opgelopen heeft.
- 6° De ziektes en infecties die rechtstreeks voortvloeien uit een ongeval, bevrozing, zonnesteek, plotselinge verdrinking.
- 7° Beten van dieren en steken van insecten en hun gevolgen.
- 8° Het zich plots manifesteren van een beroerte (cerebro vasculair accident), een acuut hartfalen, hartritmestoornissen of een hartinfarct worden gelijkgesteld met een lichamenlijk ongeval. Deze uitbreiding is van toepassing voor de aangesloten leden, met uitzondering van de betaalde sportbeoefenaars.

Zo het vaststaat dat de vroegere gezondheidstoestand van de gekwetste de verwonding verergerd heeft of de vereiste behandeling heeft bemoeilijkt, kan er slechts een tegemoetkoming zijn op grond van de normale evolutie der letsels bij een lichamenlijk en geestelijk gezond persoon.

1.3.3 Niet-aanvaarde gevolgen van een ongeval

Artikel 6

De volgende gevolgen worden niet gedekt door de verzekeraar:

- 1° Verzwakking, verkoudheid, bloedaandring, bloedbesmetting, vallende ziekte en andere soortgelijke aandoeningen, alsook hun gevolgen.
- 2° De breuken of darmafsluitingen, ongeacht de oorzaken daarvan. Onder niet in aanmerking komende breuken dient verstaan de breuk uit zwakte in de medische betekenis van het woord en waarvan de oorzaken niet in het ongeval zelf te vinden zijn.
- 3° De gevolgen van een heelkundige ingreep die geen oorzakelijk verband houden met het ongeval.
- 4° Aderspat of wonden aan door aderspat aangetast weefsels.
- 5° Tendinitis, pubalgie en andere letsels die niet posttraumatisch zijn.
- 6° Een ongeval veroorzaakt door een staat van dronkenschap of van alcoholintoxicatie van minstens 0,5 gr./liter of onder invloed van drugs of andere bedwelmende middelen, tenzij het slachtoffer de afwezigheid van een oorzakelijk verband bewijst.
- 7° De letsels, opgelopen door spelers die aan een wedstrijd of aan een training deelnemen, die het gevolg zijn van het dragen van een bril. Evenwel worden letsels veroorzaakt door en aan anderen door het dragen van een bril ten laste genomen binnen de perken van Art 26.
- 8° De letsels veroorzaakt door belijningsproducten die niet beantwoorden aan de voorschriften van het bondsreglement.
- 9° De letsels of het overlijden ingevolge het gebruik van verplaatsbare doelen die niet beantwoorden aan de voorschriften van het bondsreglement.

1.3.4 Plaats van het ongeval

Artikel 7

Het ongeval moet zich voordoen op het speelveld, in de zaal of de plaats van de organisatie, in de neutrale zone, in de kleedkamers of op de weg van de kleedkamers naar het speelveld en omgekeerd.

Worden eveneens vergoed de ongevallen van alle leden die zich voordoen op de kortste weg van de woonplaats naar de plaats van de organisatie en omgekeerd, doch enkel indien de weg afgelegd wordt in de kortst mogelijke tijd, rekening houdend met het gebruikte vervoermiddel, en voor zover deze leden geen vergoeding bekomen van een aansprakelijke derde of verzekeraar.

De leden zijn niet gedekt op de weg van of naar de organisatie, indien bij de verplaatsing gebruik gemaakt wordt van een motorfiets of van een bromfiets met meer dan 50 cc cilinderinhoud.

De stewards kunnen genieten van een tussenkomst bij ongevallen, aanrandingen of incidenten dewelke zich kunnen voordoen op de plaatsen waar zij zich dienen te bevinden met het oog op de effectieve uitoefening van hun activiteit. Bovendien blijven Art. 25 en 26 betreffende de terugbetaling en subrogatie onverminderd van toepassing.

1.4 ADMINISTRATIEVE PROCEDURE

1.4.1 Melding van het ongeval

Artikel 8

Elk ongeval moet door een geneesheer vastgesteld worden en dient, op straffe van verval, binnen de eenentwintig dagen na het ongeval bij de dienst “Ongevallen” van de KBVB gemeld te worden door de gerechtigde correspondent van de club. Dit gebeurt, op straffe van nietigheid, op een door de bond ter beschikking gesteld formulier.

De verklaring van een overlijden ingevolge een ongeval dient binnen de 24 uur te gebeuren.

1.4.2 Stavingsstukken

Artikel 9

De verzekeraar behoudt zich het recht voor het voorleggen van elk stavingstuk te eisen dat het noodzakelijk oordeelt, zowel als bewijs van het bestaan van de schade als van de oorzaak van het ontstaan ervan.

De stukken vereist voor de behandeling van het dossier van de aangeslotenen, worden aan de dienst “Ongevallen” overgemaakt door de gerechtigde correspondent van de club.

In geval van overlijden behoudt de verzekeraar zich het recht voor zijn tegemoetkoming afhankelijk te stellen van een autopsie.

Tenzij de club verzoekt om het dossier geopend te houden, worden alleen documenten en/of aanvragen, betreffende medische kosten, gemaakt binnen de twee jaar volgend op de ontvangst van de aangifte van het ongeval aan de KBVB, in aanmerking genomen. Een dossier kan echter altijd open blijven of heropend worden:

- voor ongevallen die tandproblemen tot gevolg hadden;
- bij verwijdering van synthesemateriaal;
- in geval van klacht bij het gerecht of burgerlijke partijstelling;
- in ernstige gevallen op basis van bewijsstukken.

Het dossier blijft enkel m.b.t. zaken die een blijvende invaliditeit tot gevolg hebben geopend tot de genezing van de letsels, over een termijn van 3 jaar vanaf de datum van het ongeval.

1.5 TEGEMOETKOMING

1.5.1 Mogelijke tegemoetkomingen

Artikel 10

Onder voorbehoud van de toepassing van Art. 25 en 26 kan de verzekeraar geheel of gedeeltelijk de volgende tussenkomsten ten laste nemen:

1° Onkosten:

- a) de dokters-, apothekers-, kliniek- en andere kosten van dezelfde aard;

- b) de verplaatsingskosten wanneer het vervoer per ziekenwagen vereist is, na aftrek van de tegemoetkoming door het ziekenfonds. Een medisch attest is vereist.
- 2° Compensatoire tegemoetkoming:
 - a) bij loon- of inkomstenderving ingevolge werkonbekwaamheid voortkomende van een ongeval, zoals bepaald in dit reglement;
 - b) bij blijvende werkonbekwaamheid of overlijden.
- 3° Materiële schade: In geval van incidenten kan een tegemoetkoming worden toegekend voor de materiële schade, met uitsluiting van de schade veroorzaakt aan een persoonlijk voertuig door betrokkene gebruikt.
- 4° Kosten van onderzoek: Een eventuele tegemoetkoming kan bekomen worden tot maximaal 2.480,00 EUR in de kosten en erelonen van onderzoek en expertises, van verzoeningspogingen, van bijstand door advocaten, van procedures voor alle jurisdicties met het oog op de terugvordering van de kosten en/of van de schade die ten laste blijft van het slachtoffer, voor zover:
 - a) het gaat om vechtpartijen of aanrandingen gericht tegen een lid van een bondsinstantie, een officiële of gelegenheidsscheidsrechter of assistent-scheidsrechter die een werkelijke schade tot gevolg hadden, als dusdanig erkend door de bond;
 - b) de bond beslist een rechtsvordering in te leiden of verder te zetten, beroep aan te tekenen, zich in cassatie te voorzien, enz.;
 - c) de betrokkene aanvaardt zijn zaak te laten pleiten door een door de bond aangestelde advocaat.De schikkingen betreffende subrogatie zijn van toepassing.

Een algemene vrijstelling van 12,10 EUR, jaarlijks geïndexeerd, is van toepassing per dossier.

1.5.2 Tegemoetkoming in de kosten

Artikel 11

De verzekeraar kan tegemoetkomingen verstrekken voor medische, farmaceutische, ziekenhuis-, kine- en fysiotherapiekosten en andere van dezelfde aard. Hij komt echter volgens de hieronder voorziene modaliteiten tegemoet in het verschil tussen het officieel barema van de honoraria en verpleegkosten zoals dit resulteert uit de toepassing van de nomenclatuur van de gezondheidszorgen in uitvoering van de wetgeving op de Z.I.V., enerzijds, en de tussenkomst van de wetsverzekeraar (ziekenfonds), anderzijds.

Artikel 12

De tegemoetkoming in de onkosten voor kine/fysiotherapie wordt slechts uitgekeerd binnen de volgende perken:

- 1° De voorafgaande toestemming van de verzekeraar is vereist. De tegemoetkoming wordt uitgekeerd vanaf de datum die voorkomt op het attest van de behandelende geneesheer. Zij mag evenwel niet vroeger aanvangen dan twee dagen voor de datum van ontvangst van de aanvraag. In geval echter van breuk van een lidmaat of ligamentoplastie, verleent de verzekeraar een tegemoetkoming met of zonder voorafgaande toestemming.
- 2° Indien de sportieve inactiviteit minder bedraagt dan 15 dagen wordt geen enkele tegemoetkoming door de verzekeraar uitgekeerd.
- 3° De verzekeraar betaalt slechts één sessie kine/fysiotherapie per dag.
- 4° De verzekeraar is in geen geval verplicht zich te schikken naar het advies van het ziekenfonds wat betreft het ten laste nemen van een behandeling.

5° De maximale tegemoetkoming wat betreft het aantal verstrekkingen is beperkt tot 60 behandelingen per ongeval en per jaar, behoudens akkoord van de door de verzekeraar aangeduide geneesheer.

Artikel 13

Voor kosten voor tandprothesen komt de verzekeraar tussen voor een maximaal bedrag van 150,00 EUR per vervangen tand, met een maximum van 600,00 EUR per ongeval. In de gevallen waar de honoraria dit bedrag niet bereiken, is de tussenkomst beperkt tot het aan de zorgverstrekker betaalde bedrag.

Artikel 14

Voor kosten voor synthetische gipsen komt de verzekeraar tussen voor het bedrag dat, na tussenkomst van de ziekteverzekering, ten laste blijft van de gekwetste. Deze tegemoetkoming is beperkt tot driemaal het bedrag dat door de ziekteverzekering voor dit type gips wordt terugbetaald.

Artikel 15

Voor kosten voor implantatiematerialen tijdens een hospitalisatie (osteosynthesemateriaal, weefsels van menselijke oorsprong en dergelijke) komt de verzekeraar tussen voor 90% van het bedrag dat, na tussenkomst van de ziekteverzekering, ten laste blijft van de gekwetste. De verzekeraar kan van de gekwetste een attest eisen waaruit de precieze tussenkomst van zijn ziekenfonds (verplichte en vrije verzekering) blijkt.

Artikel 16

Voor hospitalisatiekosten (farmaceutische en andere) komt de verzekeraar tussen voor 50% van de overblijvende kosten met betrekking tot de hospitalisatie, voor zover deze kosten niet het rechtstreeks of onrechtstreeks gevolg zijn van een initiatief of een keuze van deze patiënten en niet een supplement zijn op het honorarium van een niet-geconventioneerd verstrekker.

Artikel 17

Wanneer de gekwetste onderworpen is aan de Z.I.V. zonder evenwel tussenkomst van zijn ziekenfonds te genieten omdat hij in de wachttijd vertoeft, betaalt de verzekeraar op basis van het officieel barema van de prestaties van de Z.I.V. alsmede in voorkomend geval op basis van eventuele bijzondere bepalingen voorzien door huidig reglement.

Artikel 18

Wanneer de gekwetste niet in regel is met de wetgeving op de ziekte- en invaliditeitsverzekering, wordt het dossier niet in aanmerking genomen.

1.5.3 Regeling voor loon- en winstderving

Artikel 19

Bij loon- of winstderving wegens volledige werkonbekwaamheid keert de verzekeraar de volgende vergoedingen uit:

1° Indien de gekwetste onderworpen is aan de Z.I.V. zonder tussenkomst te genieten van zijn ziekenfonds, omdat hij in de wachttijd vertoeft: 30,00 EUR per dag vanaf de achtste dag van deze werkonbekwaamheid tot het einde van de stage;

2° Indien de gekwetste een speler is die in deze hoedanigheid onderworpen is aan de Sociale Zekerheid: aan de club die de speler reeds vergoed heeft 16,25 EUR per dag vanaf de 8ste dag tot het hernemen van de sportactiviteit, zonder echter verder te gaan dan de 180ste dag die volgt op het ongeval.

Deze tegemoetkomingen worden pas toegekend onder voorbehoud van het voorleggen van een bewijs van werkelijk loon- of inkomstenverlies.

Er wordt nooit een bedrag uitgekeerd aan het slachtoffer dat student of ambtenaar is of, in het algemeen, aan een persoon die geen werkelijk loon- of inkomstenverlies lijdt.

1.5.4 Vergoeding bij overlijden

Artikel 20

Bij overlijden ten gevolge van een ongeval voorzien in dit reglement wordt de tegemoetkoming van de verzekeraar als volgt bepaald:

- 1° indien de overledene ongehuwd was en geen kind ten laste had: 8.500,00 EUR;
- 2° indien de overledene gehuwd was, met of zonder kinderen ten laste, samenwonend, echtgescheiden of weduwnaar (weduwe) met één of meerdere kinderen ten laste: 8.500,00 EUR vermeerderd met een forfaitair bedrag van 6.200,00 EUR per persoon ten laste (echtgeno(o)t(e) of kind), waarbij het maximaal bedrag evenwel begrensd is op 37.200,00 EUR.

Er kan slechts een tegemoetkoming door de verzekeraar zijn indien het overlijden plaatsvindt binnen een termijn van één jaar volgend op het ongeval, behalve ingeval de gekwetste gedurende langere tijd geregeld onder geneeskundige behandeling is gebleven.

1.5.5 Vergoeding voor blijvende invaliditeit

Artikel 21

De verzekeraar komt tussen in gevallen van volledig of gedeeltelijk blijvende invaliditeit als gevolg van een ongeval zoals voorzien in dit reglement.

- 1° Bij volledige blijvende invaliditeit wordt een bedrag van 49.600,00 EUR toegekend.
- 2° In geval van gedeeltelijk blijvende invaliditeit, wordt het toegekende bedrag als volgt berekend:
 - Voor een blijvende invaliditeit van 1% tot en met 25% op een basisbedrag van 35.000,00 EUR;
 - Voor een blijvende invaliditeit van 26% tot en met 50% op een basisbedrag van 37.200,00 EUR;
 - Voor een blijvende invaliditeit van 51% tot en met 79% op van een basisbedrag van 49.600,00 EUR;
 - Een blijvende invaliditeit van 80% of meer wordt gelijkgesteld aan een volledige blijvende invaliditeit.

Op straffe van verval moet elke aanvraag om vergoeding voor blijvende invaliditeit ingediend worden binnen de zes maanden die volgen op de verzending van het consolidatieattest.

Bij het indienen van de aanvraag tot het bekomen van een vergoeding voor blijvende invaliditeit, zal de geneesheer van het slachtoffer een voorstel doen betreffende de graad van blijvende invaliditeit.

De verzekeraar kan dit voorstel aanvaarden, of een andere geneesheer aanduiden om eveneens een voorstel te doen. Bij afwijkende resultaten, zal er een overleg dienen plaats te vinden tussen beide geneesheren, om tot een consensus te komen.

Het feit de voetbalsport niet regelmatig te kunnen beoefenen, heeft geen invloed op de schatting van de graad van de blijvende invaliditeit.

De verzekeraar betaalt de verzekerden de som voorzien in de bijzondere voorwaarden naar verhouding van de graad van blijvende ongeschiktheid, vastgesteld in de Officiële Belgische Schaal, zodra de consolidatie is ingetreden en uiterlijk 3 jaar na de datum van het ongeval.

1.5.6 Stopzetting van de tegemoetkoming en genezingsattest

Artikel 22

De verzekeraar staakt elke tussenkomst voor de kosten gemaakt na het hernemen van de sportactiviteit.

Bij gebreke aan een voorafgaand genezingsattest, komt de verzekeraar echter niet tussen in een later ongeval indien niet medisch vaststaat dat het eerste ongeval geconsolideerd was op het ogenblik van het volgende ongeval.

1.6 BETALINGEN

1.6.1 Wijze van betaling

Artikel 23

De tegemoetkomingen aan een scheidsrechter of lid van een bondsinstantie worden rechtstreeks aan de betrokkene uitgekeerd.

De andere verzekerden worden uitbetaald via de club waaraan zij toegewezen zijn of waarvoor zij diensten presteerden. Het bedrag wordt geboekt op de rekening-courant van de club. De club is ertoe gehouden de vergoeding ontvangen van de verzekeraar, na aftrek van reeds eventueel uitgekeerde voorschotten, over te maken aan de speler. In geval van niet-betaling door de club van de vergoeding van de verzekeraar aan de speler, kunnen schikkingen getroffen worden voor de rechtstreekse betaling aan de speler.

Bij overlijden wordt de tegemoetkoming uitgekeerd aan de rechthebbenden, al dan niet via een notaris of een beheerder ad hoc.

1.6.2 Betalingstermijn

Artikel 24

Principieel worden de bedragen globaal uitgekeerd bij het afsluiten van het dossier.

Bij ernstige gevallen en/of van lange duur kan de verzekeraar op verzoek van de club en na overlegging van de noodzakelijke stavingstukken, provisionele tussenkomsten uitkeren.

De stavingstukken mogen ingestuurd worden zonder te wachten op de herneming van de sportactiviteit, vanaf het ogenblik dat er minstens één maand werkonbekwaamheid is.

Nooit kunnen de toegekende bedragen intrest opbrengen in afwachting van hun uitbetaling.

1.6.3 Terugbetaling van de tegemoetkoming uitgekeerd door de verzekeraar

Artikel 25

De verzekeraar kan de uitbetaalde bedragen terugvorderen van de verkrijger tot beloop van maximaal het bedrag dat bekomen is van de aansprakelijke, van de sociale zekerheid of op basis van de arbeidsongevallenverzekering.

De terugbetaling waarvan sprake hierboven moet gebeuren door overschrijving op de aangegeven rekening binnen de 15 dagen na het verzoek van de verzekeraar. Bij ontstentenis van uitvoering, wordt de betrokkene geschrapt van de bondslijsten indien hij zijn schuld niet betaalt binnen de 8 dagen na de aanmaning die hem door de financiële dienst van de KBVB betekend wordt. Deze sanctie wordt gepubliceerd in de bondsbladen en kan administratief opgeheven worden conform de bepalingen van het bondsreglement.

Er moet geen terugbetaling gebeuren indien de tweede vergoeding verkregen werd in uitvoering van een verzekeringscontract onderschreven ten gunste van de betrokkene en waarin hij aangeduid is als begunstigde.

1.6.4 Subrogatie

Artikel 26

Wanneer de verzekeraar is overgegaan tot de uitkering van een tegemoetkoming aan de rechthebbende, is hij gesubrogeerd in zijn rechten tegenover de derde aansprakelijke ten belope van alle door de verzekeraar uitgekeerde vergoedingen, zowel deze met vergoedend als deze met forfaitair karakter.

1.7 VERZEKERINGSPOLISSEN

Artikel 27

De hiernavolgende verzekeringspolissen werden afgesloten met ARENA.

1.7.1 UITTREKSEL UIT DE BIJZONDERE VOORWAARDEN VOOR LEDEN EN NIET-LEDEN

Leden		Niet-leden	
Polissen		Polissen	
L.O.	1.116.530 / A	L.O.	1.116.530 / B
B.A.	1.116.531 / A	B.A.	1.116.531 / B

Verzekerde waarborgen en bedragen

LICHAMELIJKE ONGEVALLLEN

Het ongevalsbegrip bepaald in artikel 8 van de algemene voorwaarden wordt uitgebreid tot hartfalen.

Het zich plots manifesteren van een beroerte (cerebro vasculair accident), een acuut hartfalen, hartritmestoornissen of een hartinfarct worden gelijkgesteld met een lichamenlijk ongeval.

Deze uitbreiding is enkel van toepassing voor de aangesloten leden en wordt gewaarborgd via polis 1.116.530 / H.

Deze uitbreiding wordt niet toegekend aan professionele sporters.

Overlijden	LEDEN
➤ ongehuwd, zonder kinderen ten laste	€ 8.500-
➤ gehuwd, (met of zonder kinderen ten laste), samenwonend, echtgescheiden of weduwnaar/weduwe (met 1 of meerdere kinderen ten laste)	€ 8.500-
vermeerderd met een forfaitair bedrag van per persoon ten laste (echtgeno(o)t(e) of kind) waarbij het maximaal bedrag evenwel begrensd is op	€ 6.200- € 37.200-
Blijvende Invaliditeit	
➤ tot 25%	€ 35.000-
➤ vanaf 26% tot 50%	€ 37.200-
➤ vanaf 51%	€ 49.600-
Dagvergoeding	€ 30-
Deze dagvergoeding wordt uitgekeerd voor zover werkelijk loonverlies en geen uitkering krachtens de wet op de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering en tot beloop van dit verlies zonder de verzekerde som te overtreffen.	
Behandelingskosten / Begraveniskosten	
➤ Medische kosten opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV-tarief	100% van dit tarief
➤ Kosten voor tandprothesen	€ 150- max./tand

- | | |
|---|--|
| | € 600- max./ongeval |
| ➤ Kosten voor implantatiematerialen | 90% van het bedrag ten laste na mutualiteitstussenkomst |
| ➤ Hospitalisatiekosten | 50% van de niet vergoede kosten ontstaan buiten de wil van de verzekerde |
| ➤ Begrafeniskosten ten bedrage van maximum voor leden jonger dan 5 jaar | € 8.500- |

Conform artikel 12 der Algemene Voorwaarden

- Duurtijd : 104 weken
- Vrijstelling : € 9,30- (cfr. speciale clausule indexatie)

BURGERLIJKE AANSPRAKELIJKHEID

Lichamelijke Ongevallen € 2.500.000- per slachtoffer
€ 5.000.000- per schadegeval

Stoffelijke Schade € 625.000-

- Vrijstelling : € 125- per schadegeval

Deze vrijstelling is niet van toepassing voor sportbeoefenaars tijdens officiële federale- of aangesloten clubactiviteiten.

Sportpromotie

Voor niet-leden die deelnemen aan de door de verzekeringsnemer ingerichte sportpromotionele activiteiten wordt automatisch dekking verleend (basiswaarborgen) en dit zonder bijpremie.

Sport-nevenactiviteiten en niet-sportactiviteiten

Bos- en strandspelen / bosloop en jogging worden automatisch gewaarborgd indien beoefend in clubverband.

De beoefening van andere sporten en de inrichting van niet-sportactiviteiten (fuij, kwis, BBQ) kunnen worden gewaarborgd bij uitbreiding mits betaling van de toepasselijke bijpremie. Gelieve hierover de verzekeraar te raadplegen (arena@arena-nv.be).

1.7.2 UITTREKSEL UIT DE BIJZONDERE VOORWAARDEN VOOR CONTRACTUELEN

Polissen

L.O. **1.116.530 / C**
B.A. **1.116.531 / C**

Speciale beschikkingen

Indien de gekwetste, conform zijn statuut, in aanmerking komt voor uitkeringen krachtens de bepalingen inzake de wettelijke arbeidsongevallenverzekering, zal aan de betrokken club € 16,25- per dag worden uitgekeerd vanaf de 8^{ste} dag tot het hernemen van de sportactiviteit, zonder echter verder te gaan dan de 180^{ste} die volgt op het ongeval.

1.7.3 ALGEMENE VOORWAARDEN

INHOUDSTAFEL

Begrippen

Verzekering van de burgerrechtelijke aansprakelijkheid

- Doel van de verzekering
- Verzekerde bedragen
- Gevallen van niet-verzekering

Individuele verzekering tegen lichamelijke ongevallen

- Doel van de verzekering
- Beschrijving van de waarborgen
 - Overlijden
 - Blijvende ongeschiktheid
 - Tijdelijke ongeschiktheid
 - Kosten van behandeling
- Uitsluitingen

Administratieve voorwaarden

- Inwerkingtreding en duur van het contract
- Premiebetaling
- Wijziging van de verzekeringsvoorwaarden
- Beschrijving van het risico
- Schadegevallen en rechtsovernames
- Opzegging van het contract
- Eigen recht van de benadeelde persoon
- Indeplaatsstelling
- Rechtspraak
- Woonplaats
- Klachtenbescherming van het privé-leven

BEGRIPPEN

Art. 1 Onder *NEMER* verstaat men: de sportfederatie die huidig contract onderschrijft.

Onder *MAATSCHAPPIJ* verstaat men: de maatschappij vermeld in de bijzondere voorwaarden.

Art. 2 Onder *GEDEKTE ACTIVITEITEN* verstaat men alle activiteiten van de nemer en zijn clubs (beoefening, voorbereiding, organisatie, beheer, administratie ...).

Als de activiteiten door de verzekeringsnemer of door de bij hem aangesloten clubs in het raam van de federale of clubactiviteiten georganiseerd worden, zijn in de verzekering begrepen : kampioenschappen, competities, vriendschappelijke en andere wedstrijden, tornooien, trainingen, demonstraties, verplaatsingen, reizen (verblijf inbegrepen) en bijkomende activiteiten (feestelijkheden, feestmaal, vergaderingen, spelen).

De waarborg is eveneens verworven voor de leden die actief deelnemen aan de organisatie door de nemer of door haar aangesloten clubs van allerlei niet-sportieve activiteiten waarbij het publiek betrokken wordt.

Bij uitbreiding wordt de waarborg eveneens verleend voor de schade :

- die zich voordoet tijdens een verplaatsing die door de nemer in het kader van de gedekte activiteiten wordt georganiseerd ;
- die zich voordoet op het normale traject, zowel heen en terug, van de verzekerde om zich van zijn verblijfplaats naar de plaats waar de gedekte activiteiten plaatsgrijpen, te begeven.

Art. 3 Onder verzekerden verstaat men : de nemer, zijn aangesloten clubs en zijn leden.

De niet-leden tijdens hun deelname aan sportpromotionele activiteiten die de nemer en de bij hem aangesloten clubs organiseren.

De vrijwilligers niet-leden die hun medewerking verlenen aan de organisatie van de verzekerde activiteiten (aansprakelijkheid – conform wet 03.07.2005).

Onder derden verstaat men alle andere personen dan de verzekeringsnemer en de bij hem aangesloten clubs.

Art. 4 De verzekering is geldig in de hele wereld.

VERZEKERING VAN DE BURGERRECHTELIJKE AANSPRAKELIJKHEID

DOEL VAN DE VERZEKERING

Art. 5 De maatschappij dekt de burgerrechtelijke aansprakelijkheid die de verzekerden, krachtens de artikelen 1382 tot en met 1386bis van het Burgerlijk Wetboek en gelijkaardige bepalingen van buitenlands recht, kan worden ten laste gelegd voor lichamelijke en/of materiële schade veroorzaakt aan derden door het deelnemen aan de gedekte activiteiten.

VERZEKERDE BEDRAGEN

Art. 6 De waarborg wordt toegestaan :

- voor de schade die voortspuit uit lichamelijke letsels, tot het bedrag van € 2.500.000- per slachtoffer en tot € 5.000.000- per schadegeval ;
- voor de materiële schade, tot bedrag van € 625.000- per schadegeval.
- de burgerlijke aansprakelijkheid van de organisatie voor de schade toegebracht aan derden door haar vrijwilligers tijdens de verzekerde activiteiten (wet van 03.07.2005, haar wijzigingen en het K.B. van 19.12.2006) wordt gewaarborgd overeenkomstig de bepalingen van art. 5, eerste en derde lid, van het K.B. tot vaststelling van de minimumgarantievoorwaarden van de verzekeringsovereenkomsten tot dekking van de burgerrechtelijke aansprakelijkheid buiten overeenkomst met betrekking tot het privé-leven.
 - Lichamelijke schade: € 12.394.700- per schadegeval
 - Stoffelijke schade: € 619.734- per schadegeval
 - Vrijstelling stoffelijke schade: € 123,95-Deze vrijstelling is niet van toepassing voor leden-beoefenaars.

De verzekerde bedragen en de vrijstelling worden gekoppeld aan de evolutie van het indexcijfer der consumptieprijzen, waarbij als basisindexcijfer dit van december 1983 wordt genomen, hetzij 119,64 (op basis 100 in 1981). Het indexcijfer van toepassing bij schadegeval is dit dat de maand waarin het schadegeval zich voordeed, voorafgaat;

De maatschappij betaalt, tot het bedrag van de waarborg, de hoofdsom van de verschuldigde vergoeding.

Naast de in hoofdsom verschuldigde vergoeding, neemt de maatschappij ten laste :

- de reddingskosten mits zij met de zorg van een goed huisvader zijn gemaakt;
- de intresten die voortvloeien uit de in hoofdsom verschuldigde vergoeding;
- de kosten die voortvloeien uit burgerrechtelijke vorderingen evenals de erelonen en kosten van advocaten en experts doch slechts in zover deze kosten zijn gemaakt door de maatschappij of met haar toestemming of in geval van een belangenconflict dat niet toe te schrijven is aan de verzekerde, in zover de kosten niet op onredelijke wijze zijn gemaakt.

Deze intresten en kosten worden integraal door de maatschappij ten laste genomen voor zover hun totaal en dat van de in hoofdsom verschuldigde vergoeding, het totaal verzekerde bedrag niet overschrijdt.

Boven het totaal verzekerd bedrag zijn de reddingskosten enerzijds en de intresten, onkosten en erelonen anderzijds, beperkt tot :

- € 500.000- wanneer het totaal verzekerd bedrag lager is dan of gelijk is aan € 2.500.000- ;
- € 500.000- + 20% van het gedeelte van het totaal verzekerd bedrag dat gelegen is tussen € 2.500.000- en € 12.500.000- ;
- € 2.500.000- + 10% van het gedeelte van het totaal verzekerd bedrag dat de € 12.500.000- overschrijdt, met een maximum van € 10.000.000-.

Deze bedragen zijn gekoppeld aan de evolutie van de index van de consumptieprijzen, waarbij de basisindex deze van 11/1992 is, nl. 113,77 (basis van 1988 = 100).

GEVALLEN VAN NIET-VERZEKERING

Art. 7 Zijn van de waarborg uitgesloten :

- a) De schade voortvloeiend uit de burgerrechtelijke aansprakelijkheid, die wettelijk verplicht verzekerd moet zijn.
- b) De schade voortvloeiend uit de persoonlijke burgerrechtelijke aansprakelijkheid van de verzekerde die de ouderdom van 16 jaar heeft bereikt en die ofwel opzettelijk schade heeft veroorzaakt, ofwel in staat van dronkenschap of in een analoge staat te wijten aan het gebruik van andere producten dan alcoholische dranken.
- c) De materiële schade veroorzaakt door vuur, door een brand, een ontploffing of door rook ingevolge vuur of een brand die ontstaat in of overslaat van de gebouwen waarvan de verzekerden eigenaar, huurder of bewoner zijn, met uitzondering evenwel van de schade veroorzaakt in een hotel of een gelijkaardig logement, waar de verzekerden tijdelijk of toevallig verblijven.
- d) De schade veroorzaakt aan de roerende en onroerende goederen en aan de dieren die de verzekerden onder hun hoede hebben. Deze uitsluiting doet geen afbreuk aan de bepalingen van art. 7 c).
- e) De schade veroorzaakt door gebouwen in opbouw, wederopbouw of verbouwing.
- f) De schade veroorzaakt door het gebruik van zeilboten van meer dan 200 kg, van motorboten en luchtvaartuigen.
- g) De schade of de verzwaring van schade door elementen van nucleaire of radioactieve oorsprong.
- h) De schade die voortvloeit uit een grondverzakking en in het algemeen van elke groundbeweging, ongeacht de oorsprong ervan.
- i) Alle schade welke rechtstreeks of onrechtstreeks voortvloeit uit asbest en/of zijn schadelijke uiteigenschappen, alsmede uit elk ander materiaal dat asbest bevat onder eender welke vorm;
- j) De schade veroorzaakt aan derden door de verontreiniging van de bodem, het water, of de atmosfeer. Deze uitsluiting is niet van toepassing indien deze schade het rechtstreeks gevolg is van een ongeval;
- k) De gerechtelijke minnelijke, administratieve of economische boeten, dwangsommen en de schadevergoedingen als strafmaatregel of afschrikkingsmiddel in sommige buitenlandse rechtstelsels, evenals de gerechtskosten inzake strafvorderingen;
- l) De schade als gevolg van de aansprakelijkheid van de bestuurders van rechtspersonen betreffende fouten begaan in hun hoedanigheid van bestuurder;
- m) Schade voortspruitend uit oorlog, burgeroorlog of gelijkaardige feiten.

- n) Schade ten gevolge van een daad van terrorisme. Onder terrorisme wordt verstaan : een clandestien georganiseerde actie of dreiging van actie met ideologische, politieke, etnische of religieuze bedoelingen, individueel of door een groep uitgevoerd, waarbij geweld wordt gepleegd op personen of de economische waarde van een materieel of immaterieel goed geheel of gedeeltelijk wordt vernield, ofwel om indruk te maken op het publiek, een klimaat van onveiligheid te scheppen of de overheid onder druk te zetten, ofwel om het verkeer of de normale werking van een dienst of een onderneming te belemmeren.

INDIVIDUELE VERZEKERING TEGEN LICHAMELIJKE ONGEVALLEN

DOEL VAN DE VERZEKERING

Art. 8 De maatschappij dekt de lichamelijke ongevallen overkomen aan de verzekerden tijdens de deelname aan de gedekte activiteiten, voor zover:

- de andere verzekerden niet burgerlijk aansprakelijk zijn ;
- de verzekerden of hun rechthebbenden de burgerlijke aansprakelijkheid van de andere verzekerden niet inroepen.

Onder ongeval dient te worden verstaan : een plotse gebeurtenis, waarvan de oorzaak vreemd is aan het organisme van het slachtoffer en die een lichamelijk letsel of de dood veroorzaakt.

Worden met ongevallen gelijkgesteld :

- ziekten, besmettingen en infecties die rechtstreeks het gevolg zijn van een ongeval, bevriezing, zonnesteek, verdrinking, hydrocutie, hartfalen;
- vergiftiging, toevallige of misdadige verstikking ;
- lichamelijke letsels opgelopen bij wettige zelfverdediging of ten gevolge van het redden van in gevaar verkerende personen, dieren of goederen ;
- letsels voortspruitend uit aanslagen op of aanrandingen van een verzekerde ;
- tetanus of miltvuur ;
- beten van dieren of steken van insecten en hun gevolgen ;
- de gevolgen van een lichamelijke inspanning voor zover ze zich onmiddellijk en plotseling manifesteren, inzonderheid hernia's en liesbreuken, gedeeltelijke of volledige spierscheuringen, verrekkingen, peesscheuringen, verstuikingen en ontwrichtingen, lichamelijke letsels die het gevolg zijn van een uiting die eigen is aan een ziekelijke toestand van het slachtoffer, waarbij echter de pathologische gevolgen, voortspruitend uit deze ziekelijke toestand, niet verzekerd zijn.

De dekking van het contract is eveneens verworven voor schade die de verzekerde oploopt ten gevolge van een daad van terrorisme, zoals gedefinieerd bij art. 2 van de wet van 01.04.2007 betreffende de verzekering tegen schade veroorzaakt door terrorisme.

De tussenkomst van de maatschappij is beperkt tot maximaal het verzekerde kapitaal vastgelegd in het verzekeringscontract en geschiedt volgens de regelingsmodaliteiten vermeld in de voornoemde wet.

Onder terrorisme wordt verstaan: een clandestien georganiseerde actie of dreiging van actie met ideologische, politieke, etnische of religieuze bedoelingen, individueel of door een groep uitgevoerd, waarbij geweld wordt gepleegd op personen of de economische waarde van een materieel of immaterieel goed geheel of gedeeltelijk

wordt vernield, ofwel om indruk te maken op het publiek, een klimaat van onveiligheid te scheppen of de overheid onder druk te zetten, ofwel om het verkeer of de normale werking van een dienst of een onderneming te belemmeren.

Indien de sportfederaties voor bepaalde sportactiviteiten eisen dat de deelnemers in het bezit zijn van een bewijs van medische geschiktheid, dan behoudt de maatschappij zich het recht dit bewijs op te vragen wanneer zich een schadegeval zou voordoen.

BESCHRIJVING VAN DE WAARBORGEN

OVERLIJDEN

Art. 9 De maatschappij betaalt aan de erfgenamen van de verzekerden (behalve de Staat) de som vermeld in de bijzondere voorwaarden.

Bij overlijden van een kind dat de volle leeftijd van 5 jaar niet heeft bereikt, beperkt de maatschappij haar tegemoetkoming tot de vergoeding van de werkelijke begrafenis kosten, tot beloop van € 8.500-.

Er wordt geen dubbele vergoeding voorzien voor overlijden en blijvende ongeschiktheid indien een overlijden voorvalt voor de consolidatie en dit overlijden dezelfde of een andere oorzaak heeft dan deze van de eventuele blijvende invaliditeit.

BLIJVENDE ONGESCHIKTHEID

Art. 10 De maatschappij betaalt de verzekerden de som voorzien in de bijzondere voorwaarden naar verhouding van de graad van blijvende ongeschiktheid, vastgesteld in de Officiële Belgische Schaal, zodra de consolidatie is ingetreden en uiterlijk 3 jaar na het ongeval.

De letsels aan de ledematen of organen die reeds gebrekkig waren, worden vergoed voor het verschil te maken tussen de staat na en die vóór het ongeval.

De schatting van de letsels aan gezonde ledematen of organen, getroffen door het ongeval, mag voor de maatschappij niet worden verhoogd door de gebrekkigheid van andere ledematen of organen die niet door het ongeval zijn getroffen.

Geen enkele vergoeding is verschuldigd voor een persoon die ouder is dan 65 jaar op het ogenblik van het ongeval.

TIJDELIJKE ONGESCHIKTHEID

Art. 11 De maatschappij betaalt de verzekerden gedurende 2 jaar een dagelijkse vergoeding zoals bepaald in de bijzondere voorwaarden, voor zover er wordt aangetoond dat er enerzijds een verlies aan beroepsinkomsten bestaat en dat er anderzijds geen enkel recht op vergoedingen krachtens de wetgeving op de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering is.

Voor de werknemers met een bediendenstatuut zal een wachttijd van 31 dagen in acht genomen worden, voor de werknemers met een arbeidersstatuut een wachttijd van 8 dagen.

De vergoeding wordt volledig uitgekeerd wanneer de verzekerden tot geen enkele bezigheid in staat zijn.

Ze wordt naar verhouding verminderd, wanneer de verzekerden een deel van hun bezigheden kunnen uitvoeren.

Er is geen enkele vergoeding verschuldigd aan de personen die ouder dan 65 jaar zijn op het ogenblik van het ongeval, behalve voor zelfstandigen voor wie de waarborg verworven blijft tot de leeftijd van 70 jaar.

Ze wordt bovendien beperkt tot het effectieve inkomstenverlies van de verzekerden ; bijgevolg is er geen enkele vergoeding verschuldigd voor de verzekerden die op het ogenblik van het ongeval over geen enkel eigen vermogen beschikken.

KOSTEN VAN BEHANDELING

Art. 12 De maatschappij betaalt de medische zorgen, in zoverre deze worden verstrekt teneinde de genezing te bekomen, gedurende maximum 2 jaar na het ongeval.

De maatschappij vergoedt de geneeskundige verstrekkingen opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV-tarief en waarvoor een tegemoetkoming is voorzien door het ziekenfonds.

De maatschappij legt het verschil bij tussen de tussenkomst van het ziekenfonds en het tarief van het RIZIV.

Deze waarborg omvat tevens de terugbetaling van :

- 1) De kosten voor het vervoer van het slachtoffer, voor zover dit vervoer noodzakelijk is voor de verzorging en het geschiedt met een vervoermiddel dat is aangepast aan de aard en de ernst van de letsels. Deze kosten worden vergoed op dezelfde wijze als die in verband met de arbeidsongevallen
- 2) De tandprothesekosten tot € 150- per tand, met een maximum van € 600- per slachtoffer en per ongeval.
- 3) De synthetische gipsen ten belope van het bedrag dat, na tussenkomst van de ziekteverzekering, ten laste blijft van de gekwetste. Deze tegemoetkoming is beperkt tot 3 X het bedrag dat door de ziekteverzekering voor dit type gips wordt terugbetaald.
- 4) Implantatiematerialen (osteosynthesemateriaal, weefsels van menselijke oorsprong en dergelijke) tijdens een hospitalisatie ten bedrage van 90% van het bedrag dat, na tussenkomst van de ziekteverzekering, ten laste blijft van de gekwetste. De maatschappij kan van de gekwetste een attest eisen waaruit de precieze tussenkomst van zijn ziekenfonds (verplichte en vrije verzekering) blijkt.
- 5) Hospitalisatiekosten ten bedrage van 50% van de overblijvende kosten m.b.t. de hospitalisatie, voor zover deze kosten niet het rechtstreeks of onrechtstreeks gevolg zijn van een initiatief of een keuze van deze patiënten en niet een supplement zijn op het honorarium van een niet-geconventioneerd verstrekker.

Wordt evenwel niet vergoed de schade aan brillen, contactlenzen en beugels (o.a. “blokjes”).

Voor alle in dit artikel vernoemde kosten wordt er een vrijstelling toegepast, zoals bepaald in de bijzondere voorwaarden.

UITSLUITINGEN

Art. 13 Zijn van de waarborg uitgesloten :

- a) Het ongeval of de gevolgen van een ongeval die als hoofdoorzaak een ernstige vooraf bestaande minderwaardige fysische of psychologische toestand van de verzekerden heeft. Deze toestand vormt tevens een tegenindicatie voor het uitoefenen van de gedekte activiteiten.
- b) Het ongeval dat door de verzekerden door één van volgende zware fouten : in staat van dronkenschap of in een gelijkaardige staat, die voortkomt uit het gebruik van andere producten dan alcoholische dranken, is veroorzaakt.
- c) De schade veroorzaakt of verzwaaard door elementen van nucleaire of radioactieve oorsprong.
- d) Het ongeval dat zich in België voordoet bij een overstroming, een aardbeving of enige andere natuurramp.
- e) Het ongeval dat zich voordoet :
 - o in een oorlog of oproer, met inbegrip van burgeroorlog op voorwaarde dat de maatschappij het oorzakelijk verband bewijst tussen de omstandigheden en de schade.
 - o tijdens oproer of alle gewelddaden van collectieve aard, die al dan niet gepaard gaan met opstand tegen de overheid op voorwaarde dat de maatschappij bewijst dat de verzekerde er actief aan deel genomen heeft.
- f) De schadegevallen waarvoor de verzekerden een vergoeding genieten in het kader van de verzekering Arbeidsongevallen.
- g) Het ongeval dat zich voordoet tijdens de laatste 4 maanden van een zwangerschap of in de maand die volgt op de bevalling.
- h) Het ongeval dat zich voordoet tijdens de beoefening van een verzekerde activiteit waarvoor de sportbegeleiders en -monitors niet voldoen aan de wettelijke of reglementaire vereiste kwalificaties.
- i) Het ongeval dat voorvalt tijdens de hervatting van de verzekerde activiteiten tegen het advies van de geneesheer of zonder zijn toestemming.
- j) De medische kosten opgelopen na het hernemen van de sportactiviteiten.
- k) Het ongeval dat zich voordoet naar aanleiding van weddenschappen, uitdagingen of kennelijk roekeloze daden van de verzekerde, tenzij die daden werden gesteld ter vrijwaring van personen, goederen of belangen

- l) Het ongeval dat het gevolg is van een twist, agressie of aanslag buiten de sportieve sfeer, tenzij de verzekerde bewijst dat hij noch een aanstoker, noch een dader was.

Art. 14 In het kader van huidig contract zal de vergoeding, verschuldigd op basis van de waarborg Burgerrechtelijke Aansprakelijkheid, verminderd worden met het bedrag verschuldigd krachtens de waarborg Individuele Verzekering tegen Lichamelijke Ongevallen.

ADMINISTRATIEVE VOORWAARDEN

INWERKINGTREDING EN DUUR VAN HET CONTRACT

Art. 15 Het contract treedt in werking op datum die in de bijzondere voorwaarden is opgegeven en na betaling van de premie.

Art. 16 De duur van het contract is een jaar. Aan het einde van de verzekeringsperiode wordt het contract stilzwijgend van jaar tot jaar verlengd, zolang het niet drie maanden vóór de verstrijking van de lopende verzekeringstermijn door een van de partijen is opgezegd.

PREMIEBETALING

Art. 17 Wijze van premiebetaling.

De premies, verhoogd met taksen en bijdragen, zijn een haalschuld. Zij zijn betaalbaar tegen voorlegging van de kwijting of bij ontvangst van een vervaldagbericht.

Wanneer de premie niet rechtstreeks aan ons wordt betaald, is de premiebetaling bevrijdend wanneer ze wordt gedaan aan de verzekeringsproducent die in het bezit is van de door ons opgemaakte kwijting of die is opgetreden bij de afsluiting of bij de uitvoering van de overeenkomst.

Art. 18 Niet-betaling van de premie.

Niet-betaling van de premie op de vervaldag levert grond tot schorsing van de dekking, tot opzegging van de overeenkomst, mits de schuldenaar in gebreke wordt gesteld.

De ingebrekestelling geschiedt bij deurwaarders- exploit of bij een ter post aangetekende brief. Daarbij wordt aangemaand om de premie te betalen binnen vijftien dagen te rekenen vanaf de dag volgend op de betekening of de afgifte ter post van de aangetekende brief.

Art. 19 De schorsing, de opzegging hebben slechts uitwerking na het verstrijken van de voornoemde termijn van vijftien dagen. Als de dekking geschorst is, wordt als gevolg van de betaling van de achterstallige premies door de verzekeringsnemer, in voorkomend geval vermeerderd met de interesten, een einde gemaakt aan die schorsing. Wanneer wij onze verplichtingen tot het verlenen van dekking geschorst hebben, kunnen wij de overeenkomst opzeggen indien wij ons dat recht hebben voorbehouden in de ingebrekestelling die u is gezonden. In dat geval wordt de opzegging van kracht na het verstrijken van een termijn van vijftien dagen, te rekenen vanaf de eerste dag van de schorsing. Indien wij ons in de ingebrekestelling de mogelijkheid om de overeenkomst op te zeggen niet hebben voorbehouden, kan de opzegging slechts geschieden mits een nieuwe aanmaning is gedaan overeenkomstig artikel 18 hiervoor. De schorsing van de dekking doet geen afbreuk aan ons recht de later nog te vervallen premies te eisen op voorwaarde dat u in gebreke werd gesteld

zoals hiervoor bepaald. Ons recht wordt evenwel beperkt tot de premies voor de twee opeenvolgende jaren.

WIJZIGING VAN DE VERZEKERINGSVOORWAARDEN

Art. 20 Indien de maatschappij de verzekeringsvoorwaarden en haar tarief of enkel haar tarief wijzigt, past zij deze overeenkomst aan op de volgende jaarlijkse vervalddag. Zij stelt de nemer van deze aanpassing minstens 90 dagen voor die vervalddag in kennis. De nemer mag evenwel de overeenkomst opzeggen binnen de 30 dagen na de kennisgeving van de aanpassing. Door deze opzegging eindigt de overeenkomst op de volgende jaarlijkse vervalddag.

Na die termijn worden de nieuwe voorwaarden als aanvaard beschouwd.

De mogelijkheid tot opzegging, zoals bepaald in de 1^{ste} alinea, bestaat niet wanneer de wijziging van tarief of van verzekeringsvoorwaarden voortvloeit uit een algemene aanpassing die is opgelegd door de bevoegde overheid en die, in haar uitvoering, eenvormig is voor alle maatschappijen.

De bepalingen van dit artikel doen geen afbreuk aan de toepassing van artikel 16.

BESCHRIJVING VAN HET RISICO

Art. 21 1) De nemer is verplicht bij het sluiten van de overeenkomst alle hem bekende omstandigheden nauwkeurig mee te delen die hij redelijkerwijs moet beschouwen als gegevens die van invloed kunnen zijn op de beoordeling van het risico door de maatschappij. Indien op sommige schriftelijke vragen van de maatschappij niet wordt geantwoord en de maatschappij toch de overeenkomst heeft gesloten, kan zij zich, behalve in geval van bedrog, later niet meer op dat verzuim beroepen.

2) Wanneer het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van gegevens over het risico de maatschappij misleidt bij de beoordeling van dat risico, is de overeenkomst nietig. De premies die vervallen zijn tot op het ogenblik waarop de maatschappij kennis heeft gekregen van het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van gegevens, komen haar toe.

3) Wanneer het verzwijgen of het onjuist meedelen van gegevens niet opzettelijk geschiedt, stelt de maatschappij, binnen de termijn van één maand te rekenen van de dag waarop zij van het verzwijgen of van het onjuist mee delen van gegevens kennis heeft gekregen, voor de overeenkomst te wijzigen met uitwerking op de dag waarop zij kennis heeft gekregen van het verzwijgen of van het onjuist meedelen van gegevens.

Indien het voorstel tot wijziging van de overeenkomst door de verzekeringsnemer wordt geweigerd of indien, na het verstrijken van de termijn van één maand te rekenen vanaf de ontvangst van dit voorstel, dit laatste niet aanvaard wordt, kan de maatschappij de overeenkomst opzeggen binnen 15 dagen.

Niettemin kan de maatschappij, indien zij het bewijs levert dat zij het risico nooit zou hebben verzekerd, de overeenkomst opzeggen binnen de termijn van één maand te rekenen van de dag waarop zij van het verzwijgen of onjuist meedelen van gegevens kennis heeft gekregen.

Indien het verzwijgen of het onjuist meedelen van gegevens u kan verweten worden en indien een schadegeval zich voordoet alvorens de wijziging of opzegging van kracht is geworden, zijn wij slechts tot prestatie gehouden op basis van de verhouding tussen de betaalde premie en de premie die u zou hebben moeten betalen indien u het risico naar behoren had meegedeeld.

Indien wij echter bij een schadegeval het bewijs leveren dat wij het risico, waarvan de ware aard door dat schadegeval aan het licht komt, in geen geval zouden hebben verzekerd, wordt onze prestatie beperkt tot het betalen van een bedrag dat gelijk is aan alle betaalde premies.

Art. 22 In de loop van de overeenkomst is de nemer verplicht, onder de voorwaarden van artikel 21/1) de nieuwe omstandigheden of de wijzigingen van de omstandigheden aan te geven, die van die aard zijn om een aanmerkelijke en blijvende verzwaaring van het risico dat het verzekerde voorval zich voordoet, te bewerkstelligen.

Wanneer het risico dat het verzekerde voorval zich voordoet, zo verzwaard is dat de maatschappij, indien die verzwaaring bij het sluiten van de overeenkomst had bestaan, onder andere voorwaarden zou hebben verzekerd, moet zij binnen een termijn van één maand, te rekenen vanaf de dag waarop zij van de verzwaaring kennis heeft gekregen, de wijziging van de overeenkomst voorstellen met terugwerking tot de dag van de verzwaaring.

Indien het voorstel tot wijziging van de overeenkomst door de nemer wordt geweigerd of indien, bij het verstrijken van een termijn van één maand te rekenen vanaf de ontvangst van dit voorstel, dit laatste niet wordt aanvaard, kan de maatschappij de overeenkomst opzeggen binnen 15 dagen.

Indien de maatschappij het bewijs levert dat zij het verzwaarde risico in geen geval zou hebben verzekerd, kan zij de overeenkomst opzeggen binnen een termijn van één maand te rekenen vanaf de dag waarop zij kennis heeft gekregen van de verzwaaring.

Wanneer, in de loop van de overeenkomst, het risico dat het verzekerde voorval zich voordoet, aanzienlijk en blijvend verminderd is en wel zo dat de maatschappij, indien die vermindering bij het sluiten van de overeenkomst had bestaan, onder andere voorwaarden zou hebben verzekerd, staat zij een overeenkomstige vermindering van de premie toe vanaf de dag waarop zij van de vermindering van het risico kennis heeft gekregen.

Indien de contractanten het over de nieuwe premie niet eens worden binnen één maand na de aanvraag tot vermindering door de verzekeringsnemer, kan deze laatste de overeenkomst opzeggen.

SCHADEGEVALLEN

Art. 23 Ieder schadegeval moet ons zo vlug mogelijk schriftelijk worden aangegeven en uiterlijk 8 dagen nadat het gebeurd is, of, bij ontstentenis, zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is.

Alle gerechtelijke en buitengerechtelijke stukken betreffende een schadegeval moeten onmiddellijk na de kennisgeving, de betekening of de terhandstelling aan de verzekerde, aan ons overgemaakt worden.

De verzekeringsnemer moet alle redelijke maatregelen nemen om de gevolgen van het schadegeval te voorkomen en te beperken.

De verzekeringsnemer moet ons zonder verwijl alle nuttige inlichtingen verstrekken en op de vragen antwoorden die hem worden gesteld, teneinde de omstandigheden en de omvang van de schade te kunnen vaststellen.

De verzekeringsnemer moet alle andere verzekeringen melden die hetzelfde risico dekken.

Art. 24 Indien de verzekeringsnemer een van de verplichtingen hierboven opgesomd niet naleeft en hieruit een nadeel voor de maatschappij voortspruit, heeft deze het recht een vermindering van haar uitkering op te eisen tot het beloop van het nadeel dat ze heeft geleden, haar waarborg weigeren indien de niet-naleving van deze verplichting voortkomt uit een bedrieglijk opzet.

Art. 25 Vanaf het ogenblik dat de maatschappij tot het geven van dekking is gehouden en voor zover deze wordt ingeroepen, is zij verplicht zich achter de verzekerden te stellen binnen de grenzen van de dekking.

Ten aanzien van de burgerrechtelijke belangen en voor zover de belangen van de maatschappij en van de verzekerden samenvallen, heeft de maatschappij het recht om, in de plaats van de verzekerden, de vordering van de benadeelde te bestrijden. De maatschappij kan deze laatste vergoeden indien daartoe grond bestaat.

Die tussenkomsten van de maatschappij houden geen enkele erkenning in van aansprakelijkheid vanwege de verzekerden en zij mogen hem geen nadeel berokkenen.

De stappen, om op vriendschappelijke wijze tot een goede afloop van het schadegeval te komen, behoren uitsluitend tot onze bevoegdheid.

Krachtens het contract treden wij in alle rechten en daden die de verzekerden kunnen inroepen tegen de aansprakelijke derden van het schadegeval. Op ons verzoek zijn de verzekerden gehouden deze indeplaatstreding per afzonderlijke akte te herhalen en te bevestigen.

OPZEGGING VAN HET CONTRACT

Art. 26 De maatschappij kan de overeenkomst opzeggen :

- a) in geval van niet-betaling van de premie overeenkomstig artikel 18 ;
- b) na iedere verklaring van schadegeval maar ten laatste drie maand na de betaling van de vergoedingen of de weigering van tussenkomst;
- c) wanneer nieuwe wettelijke bepalingen inzake burgerrechtelijke aansprakelijkheid worden afgekondigd;
- d) in geval van opzettelijk verzwijgen of opzettelijk onjuist meedelen van gegevens betreffende de omschrijving van het risico, in de loop van het contract.
- e) in geval van onopzettelijk verzwijgen of onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens betreffende de omschrijving van het risico bij het sluiten van het contract zoals bepaald in artikel 21 en, in geval van verzwaring van het risico zoals bepaald in artikel 22.

Art. 27 De nemer kan de overeenkomst opzeggen :

- a) na het zich voordoen van een schadegeval, maar ten laatste één maand na de kennisgeving door ons van de uitbetaling of de weigering tot uitbetaling van de schadevergoeding;
- b) in geval van wijziging van de verzekeringsvoorwaarden of van het tarief overeenkomstig artikel 20;
- c) in geval van vermindering van het risico zoals bepaald in artikel 22;
- d) in geval van faillissement, gerechtelijk akkoord of intrekking van de toelating van de maatschappij;
- e) wanneer tussen de sluitingsdatum en de aanvangsdatum een periode van meer dan één jaar loopt.

Art. 28 Tenzij anders is bedongen in het contract of in de wet op de landverzekeringsovereenkomst, geschiedt de opzegging bij een ter post aangetekende brief, bij deurwaardersexploot of door afgifte van de opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs.

De opzegging heeft slechts uitwerking na het verstrijken van een termijn van én maand te rekenen vanaf de dag die volgt op de betekening of de datum van het ontvangstbewijs of, in geval van een aangetekende brief, te rekenen vanaf de dag die volgt op zijn afgifte ter post.

De opzegging van het contract door ons na het zich voordoen van een schadegeval wordt van kracht bij de betekening ervan, wanneer u of de verzekerde één van zijn verplichtingen ontstaan door het schadegeval niet is nagekomen met de bedoeling ons te misleiden.

Het premiegedeelte dat betrekking heeft op de periode na de datum van het van kracht worden van de opzegging wordt door ons terugbetaald binnen een termijn van 15 dagen te rekenen vanaf de inwerkingtreding van de opzegging.

Bij gedeeltelijke opzegging of bij enige andere vermindering van de verzekeringsprestaties is de bovenvermelde bepaling alleen van toepassing op het gedeelte van de premie dat betrekking heeft op en in verhouding staat tot die vermindering.

EIGEN RECHT VAN DE BENADEELDE PERSOON

Art. 29 Krachtens onderhavig contract wordt er een bepaling voorzien ten behoeve van benadeelde derden gelijkvormig artikel 1121 van het Burgerlijk Wetboek. De nietigverklaringen, uitzonderingen en rechtsverval, met name de vrijstelling, die ingeroepen kunnen worden tegen de verzekerden blijven aan de benadeelde derden tegenstelbaar.

INDEPLAATSSTELLING

Art. 30 Wij kunnen ons, voor zover wij volgens de wet op het verzekeringscontract de prestaties hadden kunnen weigeren of verminderen, het recht van verhaal tegen u voorbehouden en, indien gegrond, tegen de verzekerde die niet de verzekeringsnemer is. Wij zijn verplicht, op straffe van verval van ons recht van verhaal, u of, indien nodig de verzekerde indien andere dan u, kennis te geven van ons voornemen om verhaal uit te oefenen zodra wij op de hoogte zijn van de feiten die deze beslissing rechtvaardigt.

RECHTSPRAAK

Art. 31 Alle geschillen tussen partijen ressorteren onder de exclusieve bevoegdheid van de Belgische rechtbanken.

WOONPLAATS

Art. 32 De woonplaats van de partijen wordt van rechtswege gekozen: de onze op onze maatschappelijke zetel, deze van u op uw adres aangeduid in de bijzondere voorwaarden. Bij adreswijziging verbindt u er zich toe ons onmiddellijk hiervan in kennis te stellen. Indien u dit nalaat, zal iedere mededeling gestuurd aan de laatst officieel gekende woonplaats, beschouwd worden als geldig door ons gedaan.

KLACHTEN

Art. 33 Indien U klachten hebt, bel of schrijf ons. Wij zullen alles in het werk stellen om U te helpen. U kunt overigens ook met uw klachten terecht bij de Ombudsman van de verzekeringen - Meeûsquare 35 te 1000 Brussel, fax : 02/547.59.75 / info@ombudsman.as of bij de Commissie voor het Bank-, Financie- en

Assurantiewezen (afgekort FMSA) - Congresstraat 12-14 te 1000 Brussel, fax:
02/220.59.30 / cob@cbfa.be .

BESCHERMING VAN HET PRIVE-LEVEN

Art. 34 Met betrekking tot de wet van 08.12.1992, inzake de bescherming van het privéleven, worden de personen waarvan de gegevens met persoonlijk karakter hernomen worden in één of meerder bewerkingen van de maatschappij over volgende punten geïnformeerd.

De personen worden slechts opgenomen in het bestand van de maatschappij voor zover dit nodig blijkt voor het normale beheer van de dossiers.

De verzekerden kunnen, na bewijs van hun identiteit en mits betaling van een vergoeding, vastgelegd bij KB van 07.09.1993, vragen dat de gegevens die op hen betrekking hebben, hen worden medegedeeld en zij kunnen ook de rechtzetting daarvan vragen, door contact op te nemen met de NV ARENA, Tweekerkenstraat 14 te 1000 Brussel, die houder is van het bestand.

Zij kunnen tevens het openbaar register van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer raadplegen. (Ministerie van Justitie - Poelaertplein 3 te 1000 Brussel).