

BATEAUX DE PLAISANCE

Conditions générales

I Contenu

Votre police comprend les présentes Conditions Générales ainsi que les Conditions Particulières, qui s'appliquent avec priorité aux Conditions Générales, dans la mesure où elles y sont contraires. Nous vous conseillons de lire les deux attentivement.

I Définitions

Accident
Assuré
Compagnie
Preneur d'assurance

II Objet et étendue de l'assurance

Article 1 – Objet
Article 2 – Extensions
Article 3 – Cas de non-assurance
Article 4 – Étendue territoriale
Article 5 – Déclarations du souscripteur
Article 6 – Indemnités assurées
Article 7 – Primes
Article 8 – Obligations du preneur d'assurances ou à défaut de ses avants droit
Article 9 – Obligations de la victime
Article 10 – Durée
Article 11
Article 12

II Définitions

Pour l'application du présent contrat, on entend par:

Accident

Événement soudain et inattendu qui produit une lésion corporelle et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de l'assuré. L'accident doit être constaté par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art, soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'assuré au moment où il se produit.

Assuré

La personne physique se trouvant sur le bateau décrit aux conditions particulières du contrat.

Compagnie

La compagnie d'assurance ASCO.

Preneur d'assurance

Le souscripteur du contrat.

III Voorwerp en omvang van de verzekering

Artikel 1 - Objet

Le présent contrat a pour objet de garantir le paiement des indemnités prévues aux conditions particulières en cas d'accident corporel atteignant l'assuré, en tant que conducteur ou passager du bateau désigné.

Artikel 2 - Uitbreidingen

L'assurance s'étend:

- À l'inhalation involontaire d'émanations nocives;
- À l'ingestion involontaire de produits toxiques;
- À une maladie qui est la conséquence directe d'un accident couvert par la police;
- À la noyade;
- À la participation à des opérations de sauvetage;

Mais uniquement en lien direct avec l'usage normal, compris réparation et entretien, du bateau décrit dans la police.

Artikel 3 - Cas de non-assurance

Ne sont ni garantis, ni pris en charge:

- a) Les accidents résultant ou provenant:
 - De l'usage d'alcool par l'assuré;
 - De l'usage de drogues par l'assuré sans prescription médicale;
 - De la pratique de plongée sous-marine;
 - De la pratique du ski-nautique, jet ski, parachutisme ascensionnel;
 - Du fait intentionnel ou d'une tentative de suicide;

- De paris, défis, émeutes, insurrections, mouvements populaires, faits de guerre, civile ou étrangère, déclarée ou non, ainsi que tout acte de violence d'inspiration collective accompagné ou non de rébellion contre l'autorité;
 - De la préparation ou de la participation à des exhibitions, concours ou épreuves de vitesse;
 - Directement ou indirectement de la fission ou de la fusion nucléaire;
 - De l'effet des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant des réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que, dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement mesurée au sol 24 heures après l'émission dépasse un röntgen par heure.
- b) Les accidents résultant ou provenant:
- D'une rixe (sauf cas de légitime défense), dans la participation à des crimes ou délits.
- c) Les accidents dus à un état physique ou psychique déficient (psychoses, psychonévroses, état dépressif).
- d) Les maladies en général (même si elles résultent de piqûres ou morsures d'insectes); les fièvres de toutes espèces; les affections allergiques et celles ayant une cause atmosphérique (telles que l'insolation, la congélation, la congestion, l'anévrisme); les hernies viscérales et discales, les varices, les lumbagos, les orchites et les accidents imputables à des traitements médicaux et chirurgicaux non nécessités par un accident garanti.

Artikel 4 – Etendue territoriale

La navigation autorisée est limitée entre: le 62ème parallèle Nord et le 36ème parralèle Nord, le 15ème parallèle Ouest et le 30ème parallèle Est.

Pour que la police produise ses effets, le preneur d'assurance doit résider habituellement en Belgique.

Artikel 5 – Déclarations du souscripteur

A la souscription

- a) Celui-ci doit déclarer s'il s'agit d'un bateau avec ou sans moteur.
- b) Le nombre maximum de personnes pouvant se trouver à bord.
- c) Le numéro d'immatriculation du bateau.

En cours d'assurance

Le souscripteur doit déclarer toute modification du risque et notamment:

- a) Les modifications importantes des caractéristiques du bateau.
- b) Toute maladie ou infirmité grave des assurés (entre autres la cécité, la surdité, la paralysie, l'apoplexie, l'épilepsie, l'aliénation mentale, le diabète, la tuberculose).

Toutes ces déclarations seront faites par lettre recommandée, préalablement si les modifications proviennent du fait du souscripteur ou de l'une ou l'autre personne assurée et, au plus tard, dans les huit jours à partir de ce moment, si elles sont indépendantes de leur fait.

La prime sera dès lors réduite ou augmentée conformément au tarif en vigueur à la compagnie au moment de la modification du risque.

Artikel 6 – Indemnités assurées

Décès

En cas de décès immédiat ou survenu dans le délai de 3 ans à partir du jour de l'accident qui en est la cause, le montant assuré est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans la police.

L'indemnité est réglée uniquement une fois, malgré qu'il y ai plusieurs bénéficiaires.

Si l'assuré est, au moment du décès, âgé de moins de 5 ans, l'indemnité s'élève à 50% du montant assuré avec un maximum de 2.479,00 EUR.

Si suite à un seul accident couvert, les deux parents décèdent, l'indemnité est doublée si les bénéficiaires sont les enfants à charge.

Comme bénéficiaires, on entend uniquement et dans l'ordre suivant:

- 1) L'époux ou l'épouse de l'assuré
- 2) Ses enfants
- 3) Ses parents
- 4) Ses frères et soeurs
- 5) Ses neveux et nièces

A défaut des bénéficiaires désignés ci-avant, la compagnie se limite à payer les frais funéraires à la personne qui les a supportés jusqu'à concurrence de 50% de la somme assurée et jamais plus de 2.479,00 EURO.

Invalidité permanente

- a) En cas d'invalidité permanente, dès consolidation, et au plus tard dans le délai de 3 ans à partir du jour de l'accident qui en est la cause, la compagnie paie tout ou partie du capital assuré, sur base des taux d'invalidité prévus au 'Barème Officiel Belge des Invalidité' (B.O.B.I.) en fonction des séquelles observées au moment de la consolidation et sans tenir compte de la profession exercée.
- b) Les indemnités sont réduites de moitié pour les personnes âgées de plus de 70 ans le jour de l'accident.
- c) Majoration progressive des capitaux: les capitaux pour invalidité permanente sont calculés comme suit:
 - Sur base du capital assuré pour la part du degré d'invalidité ne dépassant pas 25% ;
 - Sur base du double du capital assuré pour la part du degré d'invalidité supérieur à 25%, mais n'excédant pas 50% ;
 - Sur base du triple du capital assuré pour la part du degré d'invalidité supérieur à 50%.
- d) Le degré d'invalidité permanente est fixé après la consolidation de l'état de santé de l'assuré, mais au plus tard trois ans après l'accident.
Si le médecin, après cette période de trois ans, estime que l'invalidité peut encore évoluer, il fixe un degré d'invalidité provisoire et la compagnie paye 50% de l'indemnité prévue, comme acompte.
Au plus tard trois ans après, la compagnie paye le solde de l'indemnité sur base d'un

nouvel avis médical qui fixe le degré définitif d'invalidité. Le bénéficiaire n'est jamais redevable de l'acompte lui versé.

une indemnité pour invalidité permanente n'est pas due si l'assuré décède avant la fixation de la consolidation ou endéans les trois ans après l'accident.

Il n'y a pas d'indemnité complémentaire due pour invalidité permanente au cas où l'assuré, chez qui une consolidation provisoire a été fixée, décède.

L'indemnité pour invalidité permanente est augmentée de la moitié si l'assuré est âgé de moins de 5 ans au moment de l'accident.

- e) Aggravation des conséquences: en cas d'aggravation des conséquences du sinistre due à une maladie, à un état morbide ou constitutionnel de l'assuré, les durées et les degrés d'incapacité ou d'invalidité seront ceux qui seraient reconnus à une personne saine, victime de lésions identiques.

Les lésions de membres ou organes déjà infirmes ou perdus fonctionnellement ne sont indemnisées que par différence entre l'état de ce membre ou organe avant et après l'accident.

L'évaluation des lésions d'un membre ou organe ne peut être augmentée par l'état d'infirmité préexistant d'un autre membre ou organe qui n'a pas été atteint par l'accident.

En cas de cumul de plusieurs invalidités, le degré d'invalidité permanente est plafonné à 100% pour l'ensemble des invalidités.

Frais médicaux

Tot beloop van 3.718,00 EUR met inbegrip van 12,39 EUR per dag aan hospitalisatiekosten voor max. 365 dagen, doch na uitputting van de prestaties voortvloeiend uit elke andere verzekering, o.a. R.I.S.I.V., betalen de maatschappij alle behandelingskosten terug die gemaakt werden voor de genezing van de verzekerde, inclusief de kosten van voorlopige prothesen en van de eerste definitieve prothesen, alsook de kosten van het vervoer van de verzekerde, die voor de behandeling noodzakelijk zijn, met uitsluiting van de repatriëringskosten.

Frais de rapatriement et de déplacement

Quand l'assuré est la victime d'un accident survenu à l'étranger, les frais suivants lui sont remboursés:

- Les frais de rapatriement vers la Belgique, si le médecin estime le rapatriement nécessaire afin de favoriser la guérison.
- Les frais de déplacement de son époux ou épouse ou d'un proche de la Belgique vers l'endroit où l'assuré est hospitalisé et le retour, pour autant que le rapatriement soit impossible du point de vue médical, que l'assuré n'était pas accompagné d'un membre de sa famille cité ci-dessus et que son état requérait la présence de celui-ci.

L'indemnité maximum s'élève à 619,73 EUR.

Artikel 7 - Primes

La garantie ne prend effet qu'après paiement de la première prime.

- a) La prime, majorée des taxes et contributions, est payable par anticipation aux échéances sur demande de la compagnie. L'avis d'échéance équivaut à la présentation de la quittance à domicile.

En cas de défaut de paiement de la prime à l'échéance, la compagnie peut 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 ont effet à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du lendemain de la signification ou de dépôt de la lettre recommandée à la poste.

si la garantie a été suspendue, le 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 réservée la faculté dans la mise en demeure visée à l'alinéa 2 ; 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 réservée cette faculté, la résiliation intervient après nouvelle mise en demeure conformément aux alinéas 2 et 3.

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 2. Le droit de la compagnie est toutefois limité aux primes afférentes à deux années consécutives.

- b) Lorsque la compagnie augmente son tarif, sans modification du risque assuré, 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.

Sinistres

Si une des obligations prévues aux articles 8 et 9 ci-dessous n'est pas remplie et qu'il en résulte un préjudice pour la compagnie, elle a le droit de prétendre à une réduction de sa prestation, à concurrence du préjudice qu'elle a subi.

La compagnie peut décliner sa garantie si, dans une intention frauduleuse, ces obligations n'ont pas été respectées.

Artikel 8 - Obligations du preneur d'assurance ou à défaut de se savants droit

1. Le preneur d'assurance doit, déclarer tout sinistre à la compagnie, par écrit, immédiatement et au plus tard dans les 8 jours de sa date de survenance.

En cas d'accident mortel:

- a. La compagnie devra être prévenue dans les 24 heures.
 - b. Le bénéficiaire doit demander au médecin de l'assuré de communiquer tous les renseignements demandés par le médecin de la compagnie.
2. La déclaration, à faire autant que possible sur un imprimé fourni par la compagnie, indiquera:
 - a. Les nom, prénoms, occupations professionnelles, date de naissance et domicile de l'assuré;
 - b. Les lieu, date et heure, causes et circonstances de l'accident ;
 - c. Les nom, prénoms et adresse des témoins ainsi que l'autorité verbalisante;

- d. L'existence d'autres contrats d'assurance, d'assistance ou de prévoyance, susceptibles de prendre le sinistre en charge.
3. Un certificat médical indiquant la nature des blessures ou lésions ainsi que leurs conséquences probables, signé par le médecin appelé à donner les premiers soins, sera joint à la déclaration d'accident.

Artikel 9 – Obligations de la victime

La victime doit :

1. Prendre aussitôt après un accident et tant que les circonstances l'exigent, toutes les mesures utiles à son rétablissement.
L'aggravation des conséquences d'un accident qui résulterait du retard apporté à l'assistance médicale ou du fait que l'assuré néglige de suivre un traitement régulier, n'est pas à la charge de la compagnie ;
2. Recevoir les délégués de la compagnie et autoriser les médecins de celle-ci à l'examiner en tout temps ;
3. Fournir dans les 10 jours de la demande de la compagnie tous renseignements ou certificats médicaux concernant la marche du traitement ou son état de santé antérieur ou postérieur à l'accident.

IV Dispositions générales

Artikel 10 - Durée

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

Artikel 11

- a) Résiliation:
 - I La compagnie peut résilier le contrat:
 1. Pour la fin de chaque période d'assurance conformément à l'article 10;
 2. En cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelles dans la description du risque en cours du contrat;
 3. En cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelles dans la description du risque à la conclusion du contrat et, en cas d'aggravation du risque, dans les conditions prévus à l'article 5;
 4. En cas de non paiement de la prime conformément à l'article 7;
 5. Après chaque déclaration de sinistre, mais au plus tard un mois après le règlement ou le refus du sinistre;
 6. En cas de faillite, de concordat ou de liquidation judiciaire du preneur d'assurance. Les effets de la résiliation à la date de cessation des paiements ou de mise en liquidation ;
 - II Le preneur d'assurance peut résilier le contrat:
 1. Pour la fin de chaque période d'assurance conformément à l'article 10;
 2. Après chaque déclaration de sinistre, mais au plus tard un mois après la notification par la compagnie du règlement ou du refus du sinistre;
 3. En cas de modification des conditions d'assurances et du tarif ou simplement du tarif conformément à l'article 7 B ;

4. En cas de faillite, concordat ou retrait d'agrément de la compagnie;
 5. Lorsque entre la date de sa conclusion et celle de sa 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.
- III La résiliation se fait par exploit d'huissier de justice, par lettre recommandée ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé.
- IV Sauf dans les cas d'exception prévus par la loi, 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.
- V La résiliation du contrat par la compagnie après déclaration de sinistre prend effet lors de sa notification lorsque le preneur d'assurance ou l'assuré ont manqué à l'une des obligations nées de la survenance du sinistre dans l'intention de tromper la compagnie.

Décès du preneur d'assurance

En cas de décès du preneur d'assurance, le contrat est maintenu au profit des héritiers qui restent tenus au paiement des primes, sans préjudice de la faculté de la compagnie de résilier le contrat, dans les formes prévues à l'article 11, A, III, dans les trois mois où elle a eu connaissance du décès.

Les héritiers peuvent résilier le contrat, dans les formes prévues à l'article 11, A, III, dans les trois mois et quarante jours du décès.

Article 12

- A. **Déchéance:** lorsque le contrat fait mention d'une déchéance partielle ou totale du droit à la prestation d'assurance, cette déchéance n'est encourue qu'en raison de l'inexécution d'une obligation déterminée imposée par le contrat et à la condition que le manquement soit en relation causale avec la survenance du sinistre.
- B. **Arbitrage médical:** dans tous les cas où différend serait soulevé quant à l'application des stipulations du contrat, à l'exception de celles relatives au paiement des primes, et, préalablement à toute intervention judiciaire, les parties conviennent de soumettre leur différend à l'expertise contradictoire menée par experts mandatés, l'un par l'assuré, l'autre par la compagnie. La nomination d'un tiers expert se fait, au besoin, par le juge des référés du domicile de l'assuré à la requête de la partie la plus diligente. Chacune des parties supporte les frais et honoraires de son expert. Ceux du tiers expert sont supportés par moitié. Les experts sont dispensés de toute formalité judiciaire.
- C. **Subrogation:** la compagnie abandonne au profit de l'assuré tout recours contre les tiers responsables d'un accident, à l'exception des frais médicaux et de rapatriement pour lesquels, à concurrence de ses débours y relatifs, elle est subrogée dans les droits de l'assuré contre les dits tiers responsables.
- D. **Communications:** pour être valables, les communications ou notifications doivent être adressées, selon qu'elles sont destinées:
- a. À la compagnie: à son siège ou à l'un de ses bureaux;
 - b. Au preneur d'assurance: à l'adresse indiquée au contrat ou à la dernière adresse communiquée à la compagnie.
- E. **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.

- F. Hiérarchie des conditions:** les conditions particulières complètent les conditions générales et les abrogent dans la mesure où elles leur seraient contraires.
- G. Juridiction:** Toutes contestations auxquelles le contrat pourrait donner lieu sont de la compétence exclusive des Tribunaux belges.
- H. Prescription:** toute action en paiement des indemnités contractuelles est prescrite dans les trois ans de la survenance du sinistre.
Le délai court à dater de la notification par la compagnie de son refus d'intervenir ou de la non-acceptation de son offre d'intervention.