CHAPITRE 2: CRITERES D'INTERVENTION

Article **B2106** Définition d'un accident sportif

L'accident, au sens du présent règlement, est le dommage causé par l'action soudaine ou fortuite d'une force extérieure étrangère à la volonté de la victime.

Article **B2107** Conséquences d'un accident

1. Conséquences admises d'un accident

11. Les conséquences suivantes sont admises par l'assureur:

111. Les lésions résultant d'efforts de toute nature, les lumbagos, tours de reins, coups de fouet, crampes, déchirures musculaires, ruptures tendineuses et empoisonnement du sang lorsque celui-ci résulte d'une blessure pour laquelle l'assureur intervient.

112. Les lésions encourues au cours d'un match amical non annoncé. Toutefois, dans ces cas, le montant de cette intervention est récupéré via le compte courant du club organisateur de la rencontre.

113. Les lésions encourues lors d'un entraînement ou d'un match dans un club pour lequel le joueur n'est pas qualifié, sans avoir l'accord de son club d'affectation. Toutefois, dans ces cas, le montant de cette intervention est récupéré via le compte courant du club qui a employé les services du joueur.

114. Les dégâts corporels et/ou matériels de l'arbitre qui dirige un match amical non annoncé. En ce cas, le montant de l'intervention est récupéré via le compte courant du club organisateur.

115. Les coups, les blessures, les dommages corporels et/ou matériels provenant de rixes ou agressions qui découlent des risques normaux d'un match, à l'exception des dommages encourus par l'agresseur lui-même.

116. Les maladies et infections qui résultent directement d'un accident, d'une gelure, d'une insolation, d'hydrocution.

117. Les morsures d'animaux ou piqûres d'insectes et leurs conséquences.

118. L'apparition soudaine d'accidents vasculaires cérébraux (accident vasculaire cérébral), une crise cardiaque aigüe, des troubles du rythme cardiaque ou un infarctus sont assimilés à un accident corporel.
Cette extension est uniquement d'application pour les membres affiliés, mais n'est pas acquise aux joueurs rémunérés.

12. S'il est établi que l'état de santé antérieur du blessé a aggravé sa blessure ou compliqué le traitement à suivre, une intervention n'a lieu que sur base d'une évolution normale des lésions chez un individu sain de corps et d'esprit.

2. Conséquences non admises d'un accident: les conséquences suivantes ne sont pas admises:

21. Les faiblesses, refroidissements, congestions, infections du sang, attaque d'épilepsie et autres affections analogues, ainsi que leurs suites.

22. Les hernies ou les occlusions intestinales, quelles que soient leurs causes. Par hernies exclues, il faut entendre la hernie de faiblesse au sens médical du terme et ne trouvant pas ses causes dans l'accident lui-même.

23. Les suites d'une intervention chirurgicale qui n'ont pas de lien causal avec l'accident.

24. Les varices ou les lésions aux tissus affectés par les varices.

25. Les tendinites, pubalgies et autres lésions qui ne sont pas post-traumatiques.

26. L'accident provoqué par l'état d'ivresse ou d'intoxication alcoolique d'au moins 0,50 gr./litre ou sous l'influence de drogue ou autre stupéfiant, sauf si la victime démontre l'absence de relation avec cet état.

27. Les blessures encourues par les joueurs qui participent à un match ou à un entraînement, découlant du port de lunettes. Toutefois, les blessures causées par ou à autrui du fait de ce port de lunettes sont prises en charge dans les limites de l' Art. B2117.

28. Les blessures causées par un produit de marquage qui ne répond pas aux critères du règlement fédéral.

29. Les blessures ou décès occasionnés par l'usage de buts mobiles non conformes aux critères fixés dans le règlement fédéral.

Article **B2108** Lieu de l'accident

1. L'accident doit se produire sur le terrain, dans la salle ou à l'endroit où l'organisation a lieu, dans la zone neutre, dans les vestiaires ou sur le chemin qui mène des vestiaires au terrain et vice-versa.

2. Sont également couverts, les accidents de tous les membres qui se produisent sur le trajet le plus direct entre le domicile et le lieu de l'organisation et vice-versa, mais uniquement lors d'un trajet accompli dans le délai le plus court tenant compte du moyen de locomotion utilisé et ce pour autant qu'ils ne bénéficient pas d'une intervention de la part d'un tiers-responsable ou d'un assureur.

3. Les membres ne sont pas couverts sur le trajet si le moyen de locomotion utilisé est une moto ou un vélomoteur d'une cylindrée supérieure à 50 cc.

4. Les stewards peuvent bénéficier d'une intervention pour les accidents, agressions ou incidents qui se produisent sur les lieux où ils doivent se trouver en vue de l'exercice effectif de leur activité. Les dispositions de l'Art. B2129 relatives à la subrogation restent d'application.

CHAPITRE 3: PROCEDURE ADMINISTRATIVE

Article B2111 Communication de l'accident

1. Tout accident doit être constaté par un médecin et communiqué, à peine de déchéance, dans les vingt et un jours après l'accident - date du cachet postal faisant foi – au service « Accidents » par le correspondant qualifié du club. Cette communication s'effectue, à peine de nullité, au moyen du formulaire fourni par la fédération.

2. La communication d'un décès résultant d'un accident tel que défini à l'Art. B2106 doit se faire endéans les vingt-quatre heures.

Article B2112 Pièces justificatives

1. L'assureur se réserve le droit d'exiger la production de toute pièce justificative qui lui paraît nécessaire, tant en ce qui concerne la réalité du dommage invoqué que le fait dont il découle.

2. Les pièces requises pour la gestion du dossier des affiliés sont transmises au service « Accidents » par le correspondant qualifié du club.

3. En cas de décès, l'assureur se réserve le droit de subordonner son intervention à la pratique d'une autopsie.

4. A moins que la demande ne soit adressée par le club tendant à tenir le dossier ouvert, tous les documents et/ou demandes, qui parviennent au service « Accidents » plus de deux ans après la réception de la communication de l'accident, ne sont plus pris en considération. En revanche, un dossier peut toujours rester ouvert ou être rouvert mais uniquement dans les cas suivants:

- accidents ayant entraîné des problèmes dentaires;
- enlèvement du matériel de synthèse;
- plainte en justice ou constitution en partie civile;
- les cas graves sur base de pièces probantes.

5. Le dossier reste ouvert jusqu'à la consolidation des lésions uniquement pour ce qui concerne les cas d'invalidité permanente, et ce dans un délai de 3 ans à partir de la date de l'accident.

CHAPITRE 4: INTERVENTIONS

Article B2116 Interventions possibles

1. Sous réserve de l'application des dispositions de l'Art. B2128, l'assureur peut prendre en charge, en tout ou en partie, les interventions suivantes.

11. Frais

a) les frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation et autres du même ordre;

b) les frais de déplacement nécessitant un transport en ambulance, sous déduction éventuelle de l'intervention de la mutuelle. Une attestation médicale est toutefois requise.

12. Indemnités compensatoires

a) en cas de rémunération perdue ou de manque à gagner, par suite d'une incapacité de travail résultant d'un accident tel que défini par le présent règlement;

b) en cas d'invalidité permanente ou de décès.

13. Dommages matériels

En cas d'incidents, une intervention dans des dommages matériels à l'exception de ceux occasionnés à un moyen de locomotion personnel utilisé par l'intéressé peut être octroyée.

14. Frais d'enquête

Une intervention éventuelle jusqu'à concurrence d'un maximum de 2.480,00 EUR peut être obtenue dans les frais et honoraires d'enquêtes, d'expertises, de tentatives de conciliation, d'assistance d'avocats, de procédures devant toute juridiction en vue de la récupération de frais et/ou dommages qui restent à charge du sinistré, pour autant:

- qu'il s'agisse de rixes ou agressions dirigées contre un membre d'une instance fédérale, un arbitre ou un assistant-arbitre officiel ou occasionnel et ayant causé un préjudice certain, admis comme tel par le Comité Exécutif;
- que le Comité Exécutif décide de faire entamer ou poursuivre une procédure en récupération, d'interjeter appel, de se pourvoir en cassation etc.;
- que l'intéressé accepte de faire plaider sa cause par un avocat désigné par le Comité Exécutif.

Les dispositions relatives à la subrogation sont d'application.

2. Une franchise de 10.90 EUR indexée annuellement (Art. B31) est d'application par dossier.

Article B2117 Intervention dans les frais

1. L'assureur peut accorder des interventions en matière de frais médicaux, pharmaceutiques, de kiné-physiothérapie et autres du même ordre. Toutefois, il intervient dans la différence entre le barème officiel des honoraires et prix, tel qu'il résulte de l'application de la nomenclature des prestations de santé en exécution de la législation relative à l'AMI d'une part et l'intervention de l'assureur légal (mutuelle) d'autre part et selon les modalités prévues ci-après.

11. Frais de kiné- et physiothérapie

L'intervention dans les frais de kiné-physiothérapie n'est allouée que dans les limites suivantes:

- L'autorisation préalable de l'assureur est requise. L'intervention est allouée à partir de la date figurant sur l'attestation du médecin traitant. Elle ne peut toutefois débuter à une date antérieure à l'avant-veille de la date de réception de la demande d'autorisation. En revanche, en cas de fracture d'un membre ou ligamentoplastie, l'assureur intervient avec ou sans autorisation préalable.

- Si l'inactivité sportive est inférieure à 15 jours, aucune intervention n'est allouée par l'assureur.

- L'assureur ne rembourse qu'une séance de kiné-physiothérapie par jour.

- L'assureur n'est en aucun cas tenu de se ranger à l'avis de la mutuelle pour la prise en charge d'un traitement.

- L'intervention maximale en nombre de prestations est limitée à 60 séances par accident et par an, sauf accord du médecin désigné par l'assureur.

12. Frais de prothèse dentaire

Pour ces frais, l'assureur intervient à concurrence d'un maximum de 150,00 EUR par dent remplacée, avec un maximum de 600,00 EUR par accident. Toutefois, si les honoraires réclamés n'atteignent pas cette somme, l'intervention se limite au montant versé au prestataire des soins.

13. Frais de plâtre synthétique

Pour ces frais, l'assureur rembourse le montant qui, après intervention de l'organisme assureur, incombe au blessé. Cette intervention est toutefois limitée à trois fois le montant remboursé par l'AMI pour ce type de plâtre.

14. Frais de matériel implanté pendant une hospitalisation

Pour ces frais (frais de matériel d'ostéosynthèse, tissus d'origine humaine et autres), l'assureur intervient à concurrence de 90 % du montant qui, après intervention de l'organisme assureur, incombe au blessé. Pour ce faire, l'assureur peut requérir du blessé une attestation mentionnant l'intervention précise de sa mutuelle (assurance obligatoire et libre).

15. Frais d'hospitalisation

Pour ces frais (pharmaceutiques et autres), l'assureur intervient à concurrence de 50 % des frais afférents à l'hospitalisation qui restent à charge des patients, pour autant que lesdits frais ne soient pas directement ou indirectement de leur fait ou d'un choix qu'ils ont fait, d'une part, ou ne constituent pas un supplément aux honoraires d'un prestataire non conventionné, d'autre part.

2. Si le blessé est assujetti à l'AMI sans bénéficier des interventions de la mutuelle parce qu'il est en période de stage, l'assureur procède au paiement sur base du barème officiel des prestations de l'AMI ainsi que, le cas échéant, sur base d'éventuelles dispositions particulières prévues par le présent règlement.

3. Lorsque le blessé n'est pas en règle vis-à-vis de la législation en matière d'assurance-maladie-invalidité, le dossier n'est pas pris en considération.

Article **B2118** Règlement pour perte de rémunération et manque à gagner

1. En cas de perte de rémunération et de manque à gagner suite à une incapacité totale de travail, l'assureur alloue les indemnités suivantes:

1° Si le blessé est assujetti à l'AMI sans bénéficier des interventions de sa mutuelle parce qu'il est en période de stage, l'assureur lui rembourse une indemnité journalière de 30 EUR à partir du huitième jour de l'incapacité de travail jusqu'à la fin du stage.

2° Si le blessé est joueur assujetti à la sécurité sociale en cette qualité, l'assureur rembourse au club qui a rémunéré le joueur, un montant de 16,25 EUR par jour, à partir du huitième jour jusqu'à la reprise des activités sportives, sans toutefois dépasser le cent quatre-vingtième jour qui suit l'accident.

2. Ces interventions ne sont allouées que sous réserve de la production d'une preuve de perte de rémunération ou d'un manque à gagner réel.

3. Une indemnité n'est jamais allouée lorsque la victime est un étudiant ou un fonctionnaire ou, en général, à toute personne qui ne subit pas une perte de rémunération ou un manque à gagner réel.

Article **B2119** Indemnité pour décès

1. En cas de décès survenu à la suite d'un accident tel que défini par le présent règlement, l'intervention de l'assureur est fixée comme suit:

- 8.500,00 EUR. si le (la) défunt(e) était célibataire sans enfants à charge;

- 8.500,00 EUR. majorés d'un montant forfaitaire de 6.200,00 EUR par personne à charge (époux(se) ou enfant), si le (la) défunt(e) était marié(e) sans ou avec enfants à charge, co-habitant(e), divorcé(e) ou veuf(ve) avec un ou plusieurs enfants à charge, le montant maximal étant toutefois limité à 37.200,00 EUR.

2. Une intervention de l'assureur ne peut avoir lieu que si le décès survient dans un délai d'un an suivant l'accident, sauf si le blessé est resté sous traitement médical régulier pendant une durée plus longue.

Article **B2120** Indemnité pour invalidité permanente

1. L'assureur intervient en cas d'incapacité permanente totale ou partielle résultant d'un accident tel que prévu par le présent règlement.

11. En cas d'invalidité permanente totale, le montant alloué s'élève à 49.600,00 EUR.

12. En cas d'invalidité permanente partielle, le montant alloué est calculé comme suit:

- pour une invalidité permanente de 1% jusqu'à et y compris 25 %, sur un montant de base de 35.000,00 EUR;
- pour une invalidité permanente de 26% jusqu'à et y compris 50 %, sur un montant de base de 37.200,00 EUR.;
- pour une invalidité permanente de 51 % jusqu'à et y compris 79 %, sur un montant de base de 49.600,00 EUR;
- pour une invalidité permanente de 80 % ou plus, l'indemnité correspond à celle allouée pour une invalidité permanente totale.

2. A peine de forclusion, toute demande d'indemnité pour invalidité permanente doit être introduite dans les six mois de l'envoi du certificat de consolidation.

3. Lors de l'introduction de la demande d'obtention d'une indemnité pour invalidité permanente, le médecin de la victime fera une proposition quant au degré d'invalidité permanente.
L'assureur peut accepter cette proposition ou désigner un autre médecin afin qu'il établisse une autre proposition.
En cas de résultats divergents, les deux médecins devront se concerter afin d'arriver à un consensus.

4. Le fait de ne pouvoir se livrer régulièrement à la pratique du football n'intervient pas dans l'évaluation du degré d'invalidité permanente.

5. L'assureur paie aux assurés la somme prévue dans les Conditions Particulières, au prorata du degré d'incapacité permanente, fixée selon le barème officiel belge des invalidités (BOBI), dès la survenance de la consolidation et au plus tard 3 ans après la date de l'accident.

Article **B2121** Fin d'intervention • Certificat de guérison

1. L'assureur cesse d'intervenir de quelque manière que ce soit pour les frais ultérieurs à la reprise de l'activité sportive.

2. A défaut d'un certificat de guérison préalable, l'assureur n'intervient pas dans un accident ultérieur s'il n'est pas médicalement établi que l'accident initial était consolidé au moment de l'accident suivant.

CHAPITRE 5: LES PAIEMENTS

Article B2126 Mode de paiement

1. Les interventions allouées à un arbitre ou à un membre d'une instance fédérale sont versées directement à l'intéressé.

2. Les interventions allouées aux autres assurés s'effectuent via l'inscription du montant au crédit de l'extrait de compte-courant du club auquel ils sont affectés ou pour lequel ils ont presté des services.

Le club est tenu de faire parvenir au joueur le montant de l'intervention de l'assureur, sous déduction des avances éventuelles préalablement consenties.

En cas de non-paiement de l'intervention de l'assureur au joueur, des dispositions peuvent être prises pour le paiement direct à ce dernier.

3. Les indemnités pour décès sont versées aux ayants droit, par l'entremise ou non d'un notaire ou d'un administrateur ad hoc.

Article B2127 Délai de paiement

1. En principe, les montants sont payés globalement à la clôture du dossier.

2. Si les cas sont graves et/ou de longue durée, l'assureur peut, à la demande du club et sur production des pièces justificatives requises, allouer des interventions à titre provisionnel.

3. Les pièces justificatives peuvent être introduites sans attendre la reprise de l'activité sportive, à partir du moment où l'incapacité de travail atteint au moins un mois.

4. En aucune façon, les sommes attribuées ne sont productives d'intérêt en attendant leur versement.

Article B2128 Remboursement des interventions allouées par l'assureur

1. L'assureur peut réclamer au bénéficiaire le remboursement des montants alloués à concurrence du montant maximal obtenu du responsable, de la sécurité sociale ou sur base de l'assurance accidents de travail.

2. Le remboursement dont question ci-dessus doit s'effectuer par virement à la Comptabilité générale dans les quinze jours de la réquisition de l'assureur.

A défaut de s'exécuter, l'intéressé est radié des répertoires fédéraux s'il n'apure pas sa dette dans les huit jours qui suivent l'injonction qui lui est notifiée par le Directeur financier.

La sanction de radiation est publiée dans les organes officiels et peut être levée administrativement conformément aux dispositions du règlement fédéral.

3. Il n'y a pas lieu à restitution lorsque la deuxième indemnisation a été obtenue en exécution d'un contrat d'assurance souscrit en faveur de l'intéressé et où celui-ci est désigné en qualité de bénéficiaire.

Article B2129 Subrogation

Lorsque l'assureur procède au paiement d'une intervention au profit d'un bénéficiaire, il est subrogé dans ses droits à l'égard du tiers responsable à concurrence de toutes les indemnités allouées par l'assureur, tant celles à caractère indemnitaire que forfaitaire.