

Aviva Senséo Prévoyance Libéral

PRÉVOYANCE INDIVIDUELLE

Notice
Note d'information

Sommaire

Notice Aviva Senséo Prévoyance Libéral	1 à 14
ARTICLE 1 Préambule sur les contrats souscrits par l'association ADER auprès de l'assureur Aviva Vie	1
• 1-1. Nature des contrats	
• 1-2. Prise d'effet, durée et résiliation des contrats par l'association ou l'assureur	
• 1-3. Modification des contrats	
ARTICLE 2 Objet des contrats Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin"	1
• 2-1. Objet	
• 2-2. Les garanties de prévoyance	
2-2-1 Les garanties de base	
2-2-1 a/ Les 4 garanties de base en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	
2-2-1 b/ La garantie de base en cas d'invalidité permanente totale	
2-2-2 Les garanties optionnelles	
2-2-2 a/ Les garanties optionnelles en complément de la (ou des) garantie(s) de base en cas de Décès ou PTIA	
2-2-2 b/ Les garanties optionnelles en complément de la garantie de base "Capital Invalidité Totale"	
ARTICLE 3 Lexique	1
ARTICLE 4 Fonctionnement de l'adhésion	2
• 4-1. Conditions d'adhésion	
• 4-2. Formalités d'adhésion	
• 4-3. Entrée en vigueur des garanties	
• 4-4. Durée de l'adhésion	
• 4-5. Couverture provisoire en cas de décès accidentel	
• 4-6. Délais d'attente	
• 4-7. Etats antérieurs	
• 4-8. Etendue territoriale des garanties	
ARTICLE 5 Vie de l'adhésion	4
• 5-1. Augmentation des garanties en cours d'adhésion	
• 5-2. Ajout d'une nouvelle garantie ou option	
• 5-3. Actualisation des garanties	
• 5-4. Revalorisation des prestations	
• 5-5. Règlement des cotisations	
• 5-6. Modification du tarif	
ARTICLE 6 Obligations de l'assuré en cas de modification du risque	4
ARTICLE 7 Cessation des garanties	4
• 7-1. Règlement d'une prestation en cas de décès	
• 7-2. Règlement d'une prestation en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	
• 7-3. Règlement du "Capital Invalidité Totale" en cas d'invalidité permanente totale	
• 7-4. Conditions d'âge à l'adhésion et cessation des garanties	
• 7-5. Non paiement des cotisations	
• 7-6. A la demande de l'adhérent	
• 7-7. A l'initiative de l'assureur	
ARTICLE 8 Description des garanties	5
Les garanties de base	
A) Garanties de base en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	
• 8-1. La garantie de base "Capital Décès"	
• 8-2. La garantie de base "Rente Viagère"	
• 8-3. La garantie de base "Rente de Conjoint"	
• 8-4. La garantie de base "Rente Education"	

B) Garantie de base en cas d'invalidité permanente totale

- 8-5. La garantie de base "Capital Invalidité Totale"

Les garanties optionnelles

A) Garanties optionnelles en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) accidentels

- 8-6. La garantie optionnelle "Capital Supplémentaire en cas de Décès Accidentel"
- 8-7. La garantie optionnelle "Rente Viagère Supplémentaire en cas de Décès Accidentel"

B) Garanties optionnelles en cas d'incapacité temporaire totale de travail et d'invalidité permanente

- 8-8. La garantie optionnelle "Indemnités Journalières Courtes"
- 8-9. La garantie optionnelle "Indemnités Journalières Longues"
- 8-10. La garantie "Allocation Enfant Hospitalisé"
- 8-11. La garantie optionnelle "Rente d'Invalidité"
- 8-12. La garantie optionnelle "Capital Confort Invalidité"
- 8-13. La garantie optionnelle "Indemnités de Remboursement des Frais Professionnels"
- 8-14. La garantie optionnelle "Allocation Hospitalisation"
- 8-15. La garantie optionnelle "Exonération du Paiement des Cotisations"

▶	ARTICLE 9 Exclusions et dispositions spéciales	12
	• 9-1. Risques exclus pour l'ensemble des garanties	
	• 9-2. Risques exclus en cas de décès par maladie ou par accident	
	• 9-3. Risques exclus pour l'ensemble des garanties optionnelles et en cas de PTIA	
	• 9-4. Risques exclus pour les garanties "Indemnités Journalières", "Indemnités de Remboursement des Frais Professionnels", "Allocation Hospitalisation", "Exonération du Paiement des Cotisations"	
	• 9-5. Dispositions spéciales : modalités d'indemnisation en cas d'incapacité temporaire totale de travail et d'invalidité permanente résultant de pathologies disco-vertébrales	
	• 9-6. Dispositions spéciales : modalités d'indemnisation en cas d'incapacité temporaire totale de travail et d'invalidité permanente résultant d'affections psychiques	
	• 9-7. Dispositions spéciales : modalités d'indemnisation en cas d'incapacité temporaire totale de travail résultant de la pratique de certains sports en amateur	
▶	ARTICLE 10 Les prestations	13
	• 10-1. Déclarations et délais de forclusion	
	• 10-2. Pièces à fournir pour obtenir le règlement des prestations en cas de décès de l'assuré	
	• 10-3. Pièces à fournir pour obtenir le règlement des prestations en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'assuré	
	• 10-4. Pièces à fournir pour obtenir le règlement des prestations en cas de décès ou de PTIA de l'assuré par accident	
	• 10-5. Pièces à fournir pour obtenir le règlement des prestations liées à l'invalidité permanente et à l'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré	
	• 10-6. Pièces à fournir pour obtenir le règlement des prestations liées à la garantie "Allocation Enfant Hospitalisé"	
	• 10-7. Pièces à fournir pour obtenir le règlement des prestations liées à la garantie "Allocation Hospitalisation"	
	• 10-8. Contrôle - Expertise	
▶	ARTICLE 11 Les droits qui protègent l'assuré	14
	• 11-1. Droit de renonciation	
	• 11-2. Protection des données à caractère personnel : Loi Informatique et Libertés	
	• 11-3. Droit d'information	
	• 11-4. Recours en cas de litige	
	• 11-5. Organisme de contrôle	
	• 11-6. Prescription	
	• 11-7. Fiscalité	

Note d'information Aviva Senséo Prévoyance Libéral	15 à 24
-----------------------------------------------------------------	----------------

Convention d'assistance	25 et 26
--------------------------------------	-----------------

Notice

Aviva Senséo Prévoyance Libéral

► ARTICLE 1 - Préambule sur les contrats souscrits par l'association ADER auprès de l'assureur Aviva Vie

1-1. Nature des contrats

Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin" sont deux contrats collectifs d'assurance à adhésion facultative permettant au candidat à l'assurance de se couvrir au titre des garanties de base soit en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (garantie vie) soit en cas d'invalidité permanente totale (garantie non vie). Ces contrats sont régis par le Code des assurances : branches 20 (vie - décès), 1 (accident) et 2 (maladie) définies à l'article R 321-1 du Code des assurances. Les contrats sont souscrits auprès d'Aviva Vie (Siège social : 70, avenue de l'Europe - 92273 Bois-Colombes Cedex), ci-après dénommé l'assureur, par l'ADER (Association pour le Développement de l'Épargne pour la Retraite) - 24-26 rue de la Pépinière - 75008 Paris. Cette association, régie par la Loi du 1er juillet 1901, a pour objet d'étudier et de mettre en oeuvre tous les moyens propres à la réalisation et à la gestion de tout régime de retraite et de prévoyance au profit de ses adhérents. Différentes informations concernant l'association sont disponibles sur le site www.aviva.fr, notamment ses statuts, et la composition de son conseil d'administration.

1-2. Prise d'effet, durée et résiliation des contrats par l'association ou l'assureur

Les contrats Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin", identifiés respectivement sous les numéros 2 603 503 et 2 603 504, ont été souscrits à effet du 19/05/2014, pour une période se terminant le 31/12/2014.

Ils se renouvellent ensuite annuellement par tacite reconduction à effet du 1^{er} janvier, sauf dénonciation par l'une des parties contractantes (c'est-à-dire l'assureur ou l'association), notifiée par lettre recommandée. Cette lettre doit être envoyée au moins 3 mois avant la date de renouvellement. La date d'envoi de la lettre recommandée marque le départ du délai de préavis.

En cas de résiliation ou de non reconduction de chacun de ces contrats par l'assureur ou l'ADER, aucune adhésion nouvelle ne pourra être acceptée, et l'assureur s'engage à maintenir les adhésions en vigueur selon les dispositions prévues dans le présent document. L'assureur s'engage également, en cas de résiliation, à maintenir le paiement des prestations en cours de service à leurs montants atteints au moment de la résiliation et ce jusqu'à leur terme contractuel. Tout adhérent au contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et/ou Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin" se verra remettre le présent document qui définit les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à remplir en cas de sinistre.

1-3. Modification des contrats

Les droits et obligations de l'adhérent peuvent être modifiés par avenants au contrat. Ces avenants seront adoptés, en accord avec l'assureur, par l'ADER, représentée par son Président ou par une autre personne habilitée. En cas de modification se rapportant aux droits et obligations des adhérents, ces derniers en seront également informés par écrit au moins 3 mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur. S'il le souhaite, l'adhérent pourra dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

► ARTICLE 2 - Objet des contrats Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin"

2-1 Objet

L'objet des contrats Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin" est de permettre aux professions libérales (hors professions médicales et paramédicales), moyennant le paiement de cotisations, de renforcer leur protection en matière de prévoyance en adhérant à des garanties venant compléter les prestations des régimes obligatoires complémentaires et ou facultatifs.

Le candidat à l'assurance doit a minima choisir une des 5 garanties de base. Il peut choisir parmi les 4 garanties de base en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. Lorsque le candidat à l'assurance ne souhaite pas s'assurer en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), il doit choisir obligatoirement, comme garantie de base : le "Capital Invalidité Totale".

A ces garanties de base peuvent venir s'ajouter des garanties optionnelles (cf article 2-2-2 de la présente Notice).

Ces contrats prévoient également les services et prestations d'assistance présentés dans l'annexe N° 1003- 0211- A85 "Convention d'Assistance".

La convention d'assistance est un contrat d'assurance relevant de la branche 18 (assistance) définie à l'article R.321-1 du Code des assurances. Les prestations de la convention d'assistance souscrites par Aviva Vie auprès d'Aviva Assurances sont mises en oeuvre par le service Aviva Assistance.

Ces prestations d'assistance ne s'appliquent qu'en France métropolitaine et à Monaco et exclusivement aux personnes qui y résident.

2-2. Les garanties de prévoyance

Le candidat à l'assurance peut bénéficier de tout ou partie des garanties suivantes :

2-2-1. Les garanties de base

Le candidat à l'assurance doit a minima choisir une des 5 garanties de base.

2-2-1. a/ Les 4 garanties de base en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) :

- "Capital Décès" en cas de décès ou de PTIA de l'assuré
- "Rente Viagère" en cas de décès ou de PTIA de l'assuré
- "Rente de Conjoint" en cas de décès ou de PTIA de l'assuré
- "Rente Education" en cas de décès ou de PTIA de l'assuré

Ces garanties peuvent être choisies seules ou combinées entre elles.

2-2-1. b/ La garantie de base en cas d'invalidité permanente totale :

- "Capital Invalidité Totale" en cas d'invalidité permanente totale de l'assuré
- Lorsque l'assuré ne souhaite pas être garanti en cas de décès ou perte totale et irréversible d'autonomie, il doit obligatoirement adhérer à cette garantie.

Si l'assuré choisit d'être garanti en cas de décès/PTIA, la présente garantie de base ne peut pas être souscrite.

2-2-2. Les garanties optionnelles

2-2-2. a/ Les garanties optionnelles en complément de la (ou des) garantie(s) de base en cas de décès ou PTIA :

- "Capital Supplémentaire en cas de Décès Accidentel" de l'assuré
- "Rente Viagère Supplémentaire en cas de Décès Accidentel" de l'assuré
- "Indemnités Journalières Courtes" et "Indemnités Journalières Longues" en cas d'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré
- "Allocation Enfant Hospitalisé" en cas d'hospitalisation d'un enfant de l'assuré
- "Rente d'Invalidité" en cas d'invalidité permanente partielle ou totale de l'assuré
- "Capital Confort Invalidité" en cas d'invalidité permanente totale ou partielle de l'assuré
- "Indemnités de Remboursement des Frais Professionnels" en cas d'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré
- "Allocation Hospitalisation" en cas d'hospitalisation de l'assuré
- "Exonération du paiement des cotisations".

2-2-2. b/ Les garanties optionnelles en complément de la garantie de base "Capital Invalidité Totale" :

- "Indemnités Journalières Courtes" et "Indemnités Journalières Longues" en cas d'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré
- "Allocation Enfant Hospitalisé" en cas d'hospitalisation d'un enfant de l'assuré
- "Rente d'Invalidité" en cas d'invalidité permanente partielle ou totale de l'assuré
- "Indemnités de Remboursement des Frais Professionnels" en cas d'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré
- "Allocation Hospitalisation" en cas d'hospitalisation de l'assuré
- "Exonération du paiement des cotisations".

Les garanties du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin" sont décrites dans l'article 8 de la présente Notice.

► ARTICLE 3 - Lexique

ACCIDENT : Par accident, on entend toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont pas considérés comme accident les crises d'épilepsie, de delirium tremens, la rupture d'anévrisme, l'infarctus du myocarde, l'embolie cérébrale et l'hémorragie méningée, les accidents vasculaires cérébraux, les hernies inguinales et crurales, les fausses routes alimentaires, quelle qu'en soit la cause.

Une agression caractérisée par une atteinte corporelle non intentionnelle provoquée par une action volontaire, soudaine et brutale d'une ou plusieurs personnes à l'encontre de l'assuré est considérée comme un accident - l'assuré ne devant pas être l'initiateur de l'agression.

ADHÉRENT : Personne physique ou morale qui adhère à l'assurance et s'engage à payer les cotisations.

AGE : L'âge est obtenu par différence entre le millésime de l'année d'assurance et le millésime de l'année de naissance de l'assuré.

ASSURÉ : Personne physique sur laquelle repose l'assurance.

BÉNÉFICIAIRE : Le bénéficiaire est la personne physique ou morale au profit de laquelle l'assurance est conclue et qui reçoit les prestations versées par l'assureur si l'assuré décède avant le terme de l'adhésion. L'adhérent désigne le ou les bénéficiaire(s) en cas de décès de l'assuré lors de l'adhésion, et ultérieurement par avenant à l'adhésion. L'adhérent a notamment la possibilité d'effectuer cette désignation par acte sous seing privé (par exemple un courrier joint lors de l'adhésion) ou par acte authentique (c'est-à-dire un acte notarié). Lorsque l'adhérent désigne nommément un bénéficiaire, il peut porter à l'adhésion les coordonnées de cette personne, qui seront utilisées par l'assureur en cas de décès de l'assuré.

L'adhérent peut modifier la clause bénéficiaire du contrat lorsque celle-ci n'est plus appropriée.

Toutefois, la désignation du bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par celui-ci du bénéfice de l'adhésion. Ce qui signifie que son accord devient indispensable lorsque l'adhérent souhaite :

- lui substituer un autre bénéficiaire,
- remettre l'adhésion en garantie.

A défaut de ce consentement, l'assureur ne peut pas donner une suite favorable aux demandes de l'adhérent.

Pour tous les événements assurés autres que le décès, c'est l'assuré qui est le bénéficiaire, sauf mentions contraires à l'article 8 de la Notice.

CERTIFICAT D'ADHÉSION : Document émis par l'assureur et remis ou envoyé à l'adhérent, matérialisant son adhésion au(x) contrat(s) Aviva Senséo Prévoyance Libéral et/ou Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin". Ce document indique notamment la date d'effet des garanties, leur nature, leur étendue, leur durée, leur montant ainsi que le détail des cotisations.

CONJOINT : Par conjoint, on entend la personne qui, à la date du sinistre, est l'époux ou l'épouse de l'assuré(e), non séparé(e) de corps judiciairement, ou le partenaire lié à l'assuré(e) par un pacte civil de solidarité. La situation de concubinage notoire et permanente, avec attestation du même domicile que l'assuré(e), est assimilée à la qualité de conjoint.

CONSOLIDATION MEDICALE : Stabilisation durable et présumée définitive de l'état de santé de l'assuré n'évoluant plus, ni vers une amélioration ni vers une dégradation.

CRÉATEUR D'ENTREPRISE OU DE CABINET : L'assuré est considéré comme un créateur si son cabinet ou entreprise a été créé(e) dans les 24 mois qui précèdent l'adhésion.

DELAÏ D'ATTENTE : Période durant laquelle les garanties en cas d'incapacité et d'invalidité ne s'appliquent pas. Il commence à courir à compter de la date d'entrée en vigueur des garanties. Tout événement survenant pendant le délai d'attente ainsi que ses suites et conséquences ne donnent pas lieu à indemnisation et ce, pendant toute la durée de l'adhésion.

ENFANT FISCALEMENT A CHARGE : Sont considérés comme enfants fiscalement à charge :

- les enfants âgés de moins de 21 ans ;
 - les enfants âgés de moins de 25 ans s'ils poursuivent leurs études ;
 - quel que soit leur âge, les enfants effectuant leur service militaire ou infirmes.
- Il peut s'agir non seulement des propres enfants de l'assuré mais également des enfants que celui-ci a recueillis à son foyer fiscal.

ENFANT HANDICAPÉ : Est considéré comme handicapé, au sens du contrat, l'enfant qui perçoit l'allocation d'éducation spéciale ou l'allocation d'adulte handicapé prévue au Code de la Sécurité Sociale.

FRANCHISE : Période qui débute à compter du 1^{er} jour d'incapacité de travail et pendant laquelle aucune prestation n'est due par l'assureur.

HOSPITALISATION : L'hospitalisation couvre les séjours en clinique ou hôpital et également l'hospitalisation à domicile lorsque celle-ci donne lieu à une prise en charge par la Sécurité Sociale et est prescrite en tant que telle par un médecin hospitalier chargé de la coordination des soins.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL : L'assuré est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail lorsqu'il ne peut plus exercer son activité professionnelle d'aucune manière, même partiellement, qu'il s'agisse d'une activité effective ou limitée à la direction ou à la surveillance.

INDEMNITÉ JOURNALIÈRE :

• A l'adhésion :

Le montant assuré journalier est déterminé à partir des revenus de l'assuré déduction faite des prestations prévues au titre des régimes obligatoires, complémentaires et/ou facultatifs.

• En cas de sinistre :

a/ en mode "indemnitaires" :

le montant de la prestation versée est déterminé à partir des revenus de l'assuré, déduction faite des prestations de même nature servies au titre des régimes obligatoires, complémentaires et/ou facultatifs et dans la limite du montant assuré. Les prestations en cas d'incapacité versées en couverture d'un emprunt ne sont pas prises en compte.

b/ en mode "forfaitaire" :

le montant de la prestation versée est égal au montant assuré.

INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE :

a/ pour les professions libérales réglementées : L'assuré est considéré en état d'invalidité permanente totale ou partielle s'il se trouve par suite de maladie ou d'accident et après consolidation médicale dans l'impossibilité permanente totale ou partielle d'exercer sa profession. Cette invalidité est déterminée à partir de la seule notion d'incapacité professionnelle.

b/ pour les professions libérales non réglementées : L'assuré est considéré en état d'invalidité permanente totale ou partielle dès que la preuve d'une diminution de capacité physique ou mentale et professionnelle ayant acquis un caractère stable et présumé définitif est apportée.

Le taux d'invalidité est déterminé selon deux critères :

- l'incapacité fonctionnelle physique ou mentale
- l'incapacité professionnelle.

MALADIE : Par maladie, on entend toute altération de la santé médicalement constatée.

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) : L'assuré est considéré en état de PTIA s'il apporte la preuve qu'il se trouve, par suite de maladie ou d'accident, dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou à un travail quelconque lui procurant gain ou profit, et si son état l'oblige, en outre, à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les 4 actes ordinaires de la vie : faire sa toilette, s'habiller, s'alimenter et se déplacer. Sont exclues de la notion d'assistance à tierce personne, les aides dites de stimulation et de surveillance ainsi que les simples interventions de type aide ménagère comme les courses ou le ménage.

PROFESSION LIBÉRALE RÉGLEMENTÉE : Les professions libérales réglementées sont les suivantes : Administrateurs judiciaires, Agents généraux d'assurance, Architectes, Avocats, Avocats au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation, Commissaires aux comptes, Commissaires-priseurs judiciaires, Conseils en propriété industrielle, Experts agricoles, fonciers ou forestiers, Experts-comptables, Géomètres experts, Greffiers de tribunal de commerce, Huissiers de Justice, Mandataires liquidateurs, Notaires.

Les courtiers en assurance accèdent aux garanties, options et tarifs inhérents aux professions libérales réglementées.

REPRENEUR : L'assuré est considéré comme un repreneur si la reprise du cabinet ou de l'entreprise a été effectuée dans les 24 mois qui précèdent l'adhésion.

REVENUS DE L'ASSURÉ : Le revenu de l'assuré correspond aux revenus professionnels imposables déclarés auprès de l'administration fiscale l'année précédente ou bien correspondant à la moyenne des revenus déclarés au cours des 3 dernières années.

Les dividendes de l'assuré pourront être rajoutés en sus des revenus professionnels imposables.

Pour les créateurs et repreneurs, en cas d'absence de revenus l'année précédente, le revenu de l'assuré correspond aux revenus prévisionnels.

► ARTICLE 4 - Fonctionnement de l'adhésion

4-1. Conditions d'adhésion

L'adhésion aux présents contrats est réservée aux personnes exerçant une profession libérale (hors professionnels de la santé) ainsi qu'aux courtiers en assurance.

Les garanties des présents contrats sont réservées aux personnes âgées de 18 ans au moins, fiscalement domiciliées en France.

Pour adhérer, le candidat à l'assurance doit souscrire obligatoirement au moins une garantie de base en cas de décès ou de PTIA parmi les 4 proposées ou bien à défaut, la garantie de base en cas d'invalidité permanente totale.

Pour pouvoir bénéficier de l'ensemble des garanties, le candidat à l'assurance doit résider en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à la Réunion, ou en principauté de Monaco.

Les personnes résidant en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie, à Mayotte ainsi que les résidents monégasques non soumis à l'impôt sur le revenu français peuvent adhérer au contrat pour les seules garanties Décès ou PTIA.

Pour bénéficier des garanties en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou en cas d'invalidité partielle ou totale, le candidat à l'assurance doit exercer une activité professionnelle.

Cas particulier des assurés frontaliers : Les assurés résidant en France Métropolitaine et travaillant dans l'un des pays limitrophes de la France Métropolitaine, pourront accéder à l'ensemble des garanties du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral. Les garanties "Indemnités Journalières Courtes", "Indemnités Journalières Longues" et "Rente d'Invalidité" sont accessibles en mode forfaitaire uniquement.

L'assuré frontalier doit avoir une domiciliation bancaire en France tout le long de l'adhésion. Les prestations et cotisations sont libellées et réglées en euros. Les justificatifs nécessaires en cas de sinistre doivent être rédigés ou traduits en français.

La demande d'adhésion doit être signée en France ou en principauté de Monaco.

4-2. Formalités d'adhésion

Les garanties des présents contrats sont réservées aux personnes ayant satisfait aux formalités médicales, le cas échéant financières et ayant communiqué les informations complémentaires demandées par l'assureur.

4-3. Entrée en vigueur des garanties

L'entrée en vigueur des garanties est conditionnée par une acceptation préalable de l'adhésion par l'assureur.

L'acceptation des garanties par l'assureur est subordonnée à la production du questionnaire de santé et, le cas échéant, à des formalités médicales et financières. L'acceptation est également subordonnée à la production d'un questionnaire spécifique pour les activités professionnelles et sportives de l'assuré. Elle prend en considération les déplacements qu'il peut être amené à effectuer en France et à l'étranger. En outre, il pourra être demandé des informations complémentaires.

Les garanties entrent en vigueur au plus tôt le lendemain zéro heure de la réception par l'assureur de la demande d'adhésion, à la double condition de l'acceptation par l'assureur et du paiement de la première cotisation.

L'acceptation de l'assureur est matérialisée par la remise ou l'envoi à l'adhérent d'un certificat d'adhésion.

Lorsque le certificat d'adhésion est émis directement par le conseiller en assurances, suite à une acceptation immédiate de l'adhésion, l'adhérent doit retourner signé un exemplaire du certificat d'adhésion, au siège de l'assureur (Aviva Vie - 70 avenue de l'Europe - 92273 Bois-Colombes Cedex). En l'absence d'envoi du certificat d'adhésion signé à l'assureur dans le délai de 60 jours suivant sa date de délivrance, l'adhésion sera rétroactivement annulée. Une lettre recommandée avec accusé de réception sera adressée à l'adhérent afin de l'informer de cette annulation.

La date d'effet est portée sur le certificat d'adhésion.

4-4. Durée de l'adhésion

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an suivant la date d'effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction, sauf si l'adhérent manifeste sa volonté d'y mettre fin. Dans ce cas, les garanties cessent au terme de la période couverte par la dernière cotisation réglée qui suit la réception par l'assureur de la lettre recommandée avec avis de réception par laquelle l'adhérent l'informe de sa volonté de résilier son adhésion.

4-5. Couverture provisoire en cas de décès accidentel (sous réserve des exclusions contractuelles visées à l'article 9 de la présente Notice)

Le candidat à l'assurance qui a choisi une garantie de base en cas de décès ou de PTIA, peut bénéficier d'une couverture provisoire en cas de décès par accident s'il joint à sa demande d'adhésion un relevé d'identité bancaire, accompagné d'un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé. Bien que cet envoi ne vaille pas acceptation par l'assureur (article L112-2 du Code des assurances), le candidat à l'assurance bénéficie d'une couverture immédiate en cas de décès par accident. La couverture cesse au plus tôt à la date d'acceptation de l'adhésion par l'assureur ou à la date de notification des conditions particulières d'acceptation par l'assureur et au plus tard au terme d'un délai maximum de 45 jours, à compter de la date de signature de la demande d'adhésion. Le capital garanti au titre de cette couverture provisoire est égal au montant du capital décès assuré figurant sur la demande d'adhésion plafonné à 80 000€.

Cette couverture est acquise lorsque le décès survient en France ou dans l'un des pays suivants : les pays de l'Union Européenne, l'Islande, la Norvège, la Suisse, la principauté de Monaco, Andorre, l'Amérique du Nord, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, Hong Kong et Singapour.

Cette couverture est également acquise lorsque le décès du candidat à l'assurance survient dans les autres pays du monde entier alors que ce dernier s'y trouvait pour des raisons touristiques pendant la période de la couverture provisoire.

Cette couverture n'est pas applicable dans les cas suivants :

- si le candidat à l'assurance choisit de différer la prise d'effet de ses garanties à une date ultérieure du lendemain de la date de signature de la demande d'adhésion,
- si le décès du candidat à l'assurance :
 - est consécutif à la pratique des sports : subaquatiques, de montagne, de glisse, motorisés, aériens, de l'extrême, de combat.

4-6. Délais d'attente

EN CAS D'ACCIDENT : Aucun délai d'attente ne s'applique en cas d'accident, sauf si l'incapacité temporaire totale de travail ou l'invalidité qui en résulte est liée à des troubles du psychisme imputables à cet accident. Dans ce cas, il sera fait application du délai d'attente en cas de maladie inhérent aux affections psychiques.

EN CAS DE MALADIE : Les garanties en cas d'incapacité temporaire totale de travail et d'invalidité ne s'appliquent pas lorsque l'incapacité ou l'invalidité est la conséquence :

- des affections psychiques suivantes - quelle qu'en soit l'origine - (dépressions nerveuses, schizophrénie, troubles mentaux organiques, troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles de la personnalité et du comportement, troubles de l'alimentation, syndrome d'épuisement professionnel ou burn out, fatigue chronique) ainsi que les fibromyalgies, dont le premier constat médical a été effectué dans les **12 mois** suivant la date d'effet de l'adhésion ;
- de toute autre affection dont le premier constat médical a été effectué dans les **3 mois** suivant la date d'effet de l'adhésion.

Aucune prise en charge ne sera accordée au titre d'une suite, récurrence ou séquelle d'une affection pour laquelle il aurait été fait application des délais d'attente ci-dessus définis.

Les délais d'attente en cas d'accident ou de maladie s'appliquent également en cas d'augmentation de garantie (voir article 5 -1 de la Notice), mais ne portent alors que sur le supplément de garantie résultant de la modification.

Cas particulier de l'"Allocation Enfant Hospitalisé" : Aucun délai d'attente ne s'applique pour toute hospitalisation consécutive à un accident.

En cas d'hospitalisation consécutive à une maladie d'un ou plusieurs enfants de l'assuré, le délai d'attente est porté à **12 mois**.

ABROGATION DES DÉLAIS D'ATTENTE : Les délais d'attente peuvent être abrogés, après acceptation médicale du dossier, lorsque les garanties souscrites remplacent des garanties de même nature et de même niveau acquises précédemment chez un autre assureur. L'acceptation de cette abrogation est mentionnée sur le certificat d'adhésion.

4-7. Etats antérieurs

Les garanties s'exercent uniquement **et sous réserve des délais d'attente mentionnés à l'article 4.6** :

- sur les conséquences de maladies dont les premières manifestations ont fait l'objet d'un constat médical postérieurement à la date d'effet des garanties,
- sur les conséquences des accidents survenus postérieurement à la date d'effet des garanties.

Ces garanties s'exercent, en outre, sur les conséquences des affections et infirmités existant au moment de l'adhésion et déclarées au questionnaire de santé si elles n'ont pas fait l'objet d'une exclusion particulière portée sur le certificat d'adhésion.

Cas particulier d'un remplacement de contrat :

Lorsque :

- les garanties souscrites remplacent des garanties de même nature et de même niveau acquises précédemment chez un autre assureur,
- et que la pathologie ou l'infirmité résulte d'une maladie ou d'un accident survenant pendant la période comprise entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date d'effet du contrat,

les garanties s'exercent alors uniquement en cas de rechute survenant postérieurement à la date d'effet des garanties, sur les suites et conséquences de cette pathologie ou de cet accident sous réserve que l'assuré ait informé l'assureur de cet événement dans les 10 jours qui suivent sa survenance.

Cette pathologie ne fera l'objet d'aucune exclusion particulière dès lors que l'assureur a accepté l'adhésion.

Si l'acceptation n'est pas encore prononcée, cet élément sera pris en compte lors de la phase d'acceptation.

4-8. Etendue territoriale des garanties

Les garanties s'étendent au monde entier.

Toutefois, si l'assuré se trouve en état d'incapacité, d'invalidité ou de PTIA, à la suite d'un accident ou d'une maladie survenus hors de France, la constatation médicale de cet état devra être effectuée en France. L'assuré sera tenu de faire éllection d'un domicile en France pour les expertises et contestations d'ordre médical. Les frais de déplacement ou de rapatriement seront à la charge de l'assuré. Le droit au paiement des prestations ou à la prise en charge des cotisations par l'assureur débutera à la date de ce constat.

► ARTICLE 5 - Vie de l'adhésion

5-1. Augmentation des garanties en cours d'adhésion

L'adhérent peut demander une augmentation de garanties moyennant la réévaluation de la cotisation. L'augmentation de garanties sera soumise aux conditions applicables à une nouvelle adhésion, conformément à la Notice en vigueur à cette date.

Toute demande d'augmentation des garanties doit être accompagnée d'un questionnaire de santé et d'activités et est subordonnée le cas échéant à des formalités médicales supplémentaires, et/ ou à des formalités financières concernant l'assuré. Dans tous les cas, cette demande est soumise à une nouvelle acceptation de l'assureur.

5-2. Ajout d'une nouvelle garantie ou option

L'adhérent peut demander en cours d'adhésion, à ajouter une nouvelle garantie ou une nouvelle option moyennant une révision des cotisations. Cette demande sera soumise aux conditions applicables à une nouvelle adhésion conformément à la Notice en vigueur à cette date.

Toute demande d'ajout de garantie ou d'option doit être accompagnée d'un questionnaire de santé et d'activités et est subordonnée le cas échéant à des formalités médicales supplémentaires, et/ ou à des formalités financières concernant l'assuré. Dans tous les cas, cette demande est soumise à une nouvelle acceptation de l'assureur.

5-3. Actualisation des garanties

Lorsque l'adhérent en fait la demande lors de l'adhésion, les garanties ainsi que les cotisations seront augmentées à chaque anniversaire de l'adhésion en fonction de l'évolution d'un indice de référence. Le taux de cet indice de référence est déterminé selon l'évolution du plafond annuel de la Sécurité Sociale constatée au 1^{er} janvier de l'exercice précédant la date anniversaire de l'adhésion.

Pour permettre d'apprécier les conséquences de l'actualisation, l'assureur communique chaque année, les nouveaux montants des garanties et des cotisations à l'adhérent.

L'adhérent a la possibilité de refuser l'actualisation chaque fois qu'elle est proposée. L'ajustement des garanties n'est acquis qu'après paiement de la cotisation correspondante.

L'adhérent peut demander l'actualisation de ses garanties en cours d'adhésion s'il n'a pas opté pour celle-ci à l'adhésion. La demande d'actualisation prendra effet à la date anniversaire suivant la demande de l'assuré.

Toute demande d'actualisation des garanties doit être accompagnée d'un questionnaire de santé et d'activités et est subordonnée le cas échéant à des formalités médicales supplémentaires, et /ou à des formalités financières concernant l'assuré et à une nouvelle acceptation de l'assureur.

5-4. Revalorisation des prestations

Si l'adhérent a opté pour l'actualisation des garanties (modalités définies à l'article 5.3 de la Notice), et sous réserve qu'il n'ait pas refusé cette actualisation la dernière fois qu'elle lui a été proposée, les prestations des garanties :

- "Rente de Conjoint", "Rente Éducation" option linéaire, sont revalorisées tous les ans au 1^{er} janvier selon l'évolution du plafond annuel de la Sécurité Sociale constatée au 1^{er} janvier de l'exercice précédent, en fonction des possibilités d'un fonds de revalorisation,
- "Indemnités Journalières Longues", "Indemnités Journalières Courtes" et "Rente d'Invalidité" sont revalorisées tous les ans à la date anniversaire de l'adhésion selon l'évolution du plafond annuel de la Sécurité Sociale constatée au 1^{er} janvier de l'exercice précédant la date anniversaire de l'adhésion en fonction des possibilités d'un fonds de revalorisation.

FONDS DE REVALORISATION :

Il est créé un fonds de revalorisation destiné à réévaluer les prestations en cours de service au titre des garanties suivantes : "Rente de Conjoint", "Rente Education" option linéaire (cf article 8-4), "Indemnités Journalières Longues", "Indemnités Journalières Courtes", "Rente d'Invalidité".

5-5. Règlement des cotisations

a/ Montant de la cotisation :

Le montant de la cotisation est fonction :

- des garanties souscrites et des options choisies,
- des montants assurés,
- de l'âge de l'assuré,
- de la classe professionnelle de l'assuré,
- du statut fumeur ou non fumeur de l'assuré pour les garanties en cas de décès,
- des surprimes éventuelles notifiées par l'assureur,
- des taxes d'assurance en vigueur.

L'âge qui sert à la détermination du tarif est obtenu par différence entre le millésime de l'année d'assurance considérée et le millésime de l'année de naissance de l'assuré.

Le détail des cotisations initiales figure sur le certificat d'adhésion. Un droit d'adhésion unique à l'association ADER est prélevé avec la première cotisation.

b/ Evolution de la cotisation :

La cotisation évolue chaque année à la date anniversaire du contrat en fonction :

- de l'âge atteint par l'assuré à la date anniversaire de l'adhésion,
- de l'actualisation des garanties si cette option a été choisie par l'assuré,
- de l'évolution des taxes d'assurance.

Chaque année, l'adhérent recevra un avis d'échéance joint au bilan de garanties.

c/ Règlement des cotisations :

La périodicité du règlement des cotisations est indiquée sur le certificat d'adhésion. L'adhérent peut payer les cotisations annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement à sa convenance. Le paiement fractionné ne donne pas lieu à une majoration de la cotisation. Le prélèvement automatique est obligatoire. Il est possible de changer la périodicité des cotisations sur simple demande en respectant les minima en vigueur et la date anniversaire du contrat.

d/ Défaut de paiement des cotisations :

Si une cotisation n'a pas été payée à l'expiration d'un délai de 10 jours après la date d'échéance, il sera adressé un pli recommandé à l'adhérent l'avertissant de cette situation et de ses conséquences pour la continuité des garanties. Si la cotisation n'est toujours pas réglée dans un délai de 40 jours après l'envoi de ce pli recommandé, les garanties sont résiliées (par application des articles L 113-3 ou L 132-20 du Code des assurances).

Suite à cette résiliation si une fraction des cotisations échues et impayées est afférente aux garanties non vie (c'est à dire des garanties couvrant les risques de décès accidentel, d'incapacité et d'invalidité), l'assureur se réserve la faculté d'en poursuivre le paiement, le cas échéant, par la voie judiciaire.

5-6. Modification du tarif

L'assureur peut être amené à augmenter le montant des cotisations du fait notamment des résultats techniques, de l'évolution de la législation ou de la réglementation.

► ARTICLE 6 - Obligations de l'assuré en cas de modification du risque

Les garanties accordées à l'assuré sont fonction de différents facteurs, notamment le fait qu'il soit ou non fumeur, sa profession et la nature des activités qu'il exerce.

Aussi, l'assuré doit prévenir par lettre recommandée l'assureur dans les 30 jours qui suivent un changement de situation concernant :

- le fait que l'assuré, ayant lors de son adhésion déclaré être non fumeur, se remette à fumer, même occasionnellement ;
- sa profession ou les conditions dans lesquelles cette profession est exercée y compris en cas de :
 - déplacement ou séjour temporaire dans un pays déconseillé par le ministère français des affaires étrangères et/ou lors d'une mission humanitaire ;
 - liquidation de la retraite ou départ en préretraite, quelle qu'en soit la cause ;
- son domicile, si le nouveau domicile se trouve hors de France ou de la principauté de Monaco ;
- toute inscription à un club ou à une association dans le but de pratiquer un sport réputé à risque ;
- toute souscription d'autres contrats d'assurance (à l'exception des contrats en couverture d'un emprunt) prévoyant le versement de prestations en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité.

Si la nouvelle situation entraîne une modification du ou des risque(s) assuré(s), l'assureur peut proposer :

- soit un nouveau taux de cotisation adapté à la nouvelle situation ;
- soit la révision du niveau des garanties ;
- soit de mettre fin à l'ensemble des garanties hormis celles en cas de décès.

Si l'adhérent ne donne pas suite à la proposition de l'assureur, ou s'il refuse expressément cette proposition, l'assureur résiliera l'adhésion. En cas de non déclaration ou de déclaration trop tardive de la part de l'assuré de toute modification du risque, il pourra être fait application des articles L 113-2, L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances.

► ARTICLE 7 - Cessation des garanties

Les garanties de l'adhésion cessent dans les cas suivants :

7-1. Règlement d'une prestation en cas de décès

En cas de décès de l'assuré, le paiement du capital décès et / ou des rentes assurées (Rente Viagère, Rente Education, Rente de Conjoint) aux bénéficiaires désignés met fin à l'ensemble des garanties de l'adhésion. Les bénéficiaires des rentes éducation, de conjoint, rente viagère ou du double effet conjoint percevront les prestations leur vie durant ou selon le terme contractuellement prévu.

7-2. Règlement d'une prestation en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

En cas de PTIA de l'assuré, le paiement par anticipation du capital décès et/ou des rentes assurées (Rente Viagère, Rente Education, Rente de Conjoint) met fin à l'ensemble des garanties ainsi qu'au paiement des prestations en cas d'incapacité – invalidité dont pourrait bénéficier l'assuré.

7-3. Règlement du "Capital Invalidité Totale" en cas d'invalidité permanente totale

Le versement du "Capital Invalidité Totale" en tant que garantie de base de l'adhésion met fin à l'ensemble des garanties du contrat. Toutefois, le paiement de la rente d'invalidité dont pourrait bénéficier l'assuré sera poursuivi jusqu'au terme contractuellement prévu.

7-4. Conditions d'âge à l'adhésion et cessation des garanties

Le tableau ci-après présente les âges limites de l'assuré à l'adhésion et les âges de cessation des garanties.

Type de garanties	Age limite de l'assuré à l'adhésion ⁽¹⁾	Cessation des garanties ⁽²⁾
GARANTIES DE BASE		
Capital Décès	70 ans pour le décès et 64 ans pour la PTIA	80 ans pour le décès et 67 ans pour la PTIA
Rente Viagère	70 ans pour le décès et 64 ans pour la PTIA	80 ans pour le décès et 67 ans pour la PTIA
Rente de Conjoint	64 ans pour le décès et pour la PTIA	67 ans pour le décès et pour la PTIA
Rente Education	64 ans pour le décès et pour la PTIA	67 ans pour le décès et pour la PTIA
Capital Invalidité Totale	64 ans	A la date de départ à la retraite ou de départ en préretraite de l'assuré et au plus tard à 67 ans
GARANTIES OPTIONNELLES		
Capital Supplémentaire en cas de Décès Accidentel	64 ans pour le décès et pour la PTIA	67 ans pour le décès et pour la PTIA
Rente Viagère Supplémentaire en cas de Décès Accidentel	64 ans pour le décès et pour la PTIA	67 ans pour le décès et pour la PTIA
Indemnités Journalières Courtes	64 ans	A la date de départ à la retraite ou de départ en préretraite de l'assuré et au plus tard à 67 ans
Indemnités Journalières Longues	64 ans	
Option Prolongation des Indemnités Journalières Courtes et ou Longues après 67 ans	64 ans	A la date de départ à la retraite ou de départ en préretraite de l'assuré et au plus tard à 70 ans
Allocation Enfant Hospitalisé	64 ans	A la date de départ à la retraite ou de départ en préretraite de l'assuré et au plus tard aux 67 ans de l'assuré ou 18 ans de l'enfant fiscalement à charge hospitalisé
Rente d'Invalidité Option Rente d'Invalidité à partir de 16 %	64 ans	A la date de départ à la retraite ou de départ en préretraite de l'assuré et au plus tard à 67 ans
Capital Confort Invalidité Option Capital Confort Invalidité à partir de 16 % ou 33 %	64 ans	
Indemnités de Remboursement des Frais Professionnels	64 ans	A la date de départ à la retraite ou de départ en préretraite de l'assuré et au plus tard à 67 ans
Allocation Hospitalisation	64 ans	65 ans
Exonération du Paiement des Cotisations	64 ans	A la date de départ à la retraite ou de départ en préretraite de l'assuré et au plus tard à 67 ans

(1) L'âge de l'assuré est obtenu par différence de millésime entre l'année d'assurance et son année de naissance.

(2) L'âge indiqué correspond à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint cet âge.

A titre d'exemple :

- l'assuré a 67 ans le 01/01 de l'année N et la date anniversaire du contrat est fixée au 01/06, l'assuré sera couvert jusqu'au 31/05 de l'année N.
- l'assuré a 67 ans le 01/06 de l'année N et la date anniversaire du contrat est fixée au 01/01, l'assuré sera couvert jusqu'au 31/12 de l'année N.

7-5. Non paiement des cotisations

Si la cotisation n'est toujours pas réglée dans un délai de 40 jours après l'envoi du pli recommandé par l'assureur, les garanties sont résiliées (cf article 5-5 d/de la Notice).

7-6. A la demande de l'adhérent

Les garanties cessent au terme de la période couverte par la dernière cotisation réglée qui suit la réception par l'assureur de la lettre recommandée avec avis de réception par laquelle l'adhérent l'informe de sa volonté de résilier une ou plusieurs garanties.

7-7. A l'initiative de l'assureur

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle du risque à l'adhésion ou en cours de contrat,
- au cours des deux premières années de l'adhésion : l'assureur dispose d'une faculté de résiliation. Il doit, à cet effet, la notifier à l'adhérent par lettre recommandée avec avis de réception au moins 2 mois avant la date anniversaire de l'adhésion.

Toutefois, l'assureur renonce à sa faculté de résiliation lorsque :

- les garanties remplacent des garanties de même nature et de même niveau acquises chez un autre assureur depuis plus de 2 ans,
- ce remplacement s'effectue sans interruption de garantie,
- la résiliation du contrat concurrent a été à l'initiative du seul adhérent.

► ARTICLE 8 - Description des garanties

LES GARANTIES DE BASE

Le candidat à l'assurance doit a minima adhérer à une des 5 garanties de base et ce en vue de se couvrir soit contre le décès ou la PTIA soit contre l'invalidité permanente totale.

A/ Garanties de base en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Si le candidat à l'assurance souhaite être garanti en cas de décès ou de PTIA, il doit souscrire obligatoirement au moins une garantie de base parmi les 4 garanties suivantes :

- 8-1. Garantie "Capital Décès"
- 8-2. Garantie "Rente Viagère"
- 8-3. Garantie "Rente de Conjoint"
- 8-4. Garantie "Rente Education"

Ces garanties peuvent être choisies seules ou combinées entre elles.

B/ Garantie de base en cas d'invalidité permanente totale

Si le candidat à l'assurance ne souhaite pas être garanti en cas de décès ou de PTIA, il doit obligatoirement adhérer à la garantie de base suivante :

- 8-5. Garantie "Capital Invalidité Totale"

LES GARANTIES OPTIONNELLES

A/ Garanties optionnelles en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'autonomie (PTIA) accidentels

Deux garanties optionnelles sont proposées en complément des garanties de base "Capital Décès" et "Rente Viagère" :

- 8-6. Garantie "Capital Supplémentaire en cas de Décès Accidentel"
- 8-7. Garantie "Rente Viagère Supplémentaire en cas de Décès Accidentel"

B/ Garanties optionnelles en cas d'incapacité temporaire totale et d'invalidité permanente

Plusieurs garanties optionnelles sont proposées en complément de la ou des 4 garanties de base décès.

Ces mêmes garanties optionnelles - **hormis la garantie "Capital Confort Invalidité"** - sont proposées en complément de la garantie de base "Capital Invalidité Totale".

- 8-8. La garantie "Indemnités Journalières Courtes"
- 8-9. La garantie "Indemnités Journalières Longues"
- 8-10. La garantie "Allocation Enfant Hospitalisé"
- 8-11. La garantie "Rente d'Invalidité"
- 8-12. La garantie "Capital Confort Invalidité"
- 8-13. La garantie "Indemnités de Remboursement des Frais Professionnels"
- 8-14. La garantie "Allocation Hospitalisation"
- 8-15. La garantie "Exonération du Paiement des Cotisations"

8-1. La garantie de base "Capital Décès"

a/ Condition d'adhésion à la garantie :

Cette garantie peut être souscrite exclusivement dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral.

b/ Objet de la garantie :

DÉCÈS

(sous réserve des exclusions visées à l'article 9 de la présente Notice)

En cas de décès de l'assuré, il est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) le capital garanti dont le montant est indiqué sur le certificat d'adhésion. Ce capital sera versé dans les 30 jours qui suivent la réception des pièces nécessaires au règlement des prestations (voir article 10-2 de la Notice).

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

(sous réserve des délais d'attente et des exclusions visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice)

Si l'assuré est reconnu en état de PTIA (cf lexique), il lui sera versé, par anticipation, le capital décès porté sur le certificat d'adhésion. Ce capital sera versé dans les 30 jours qui suivent la reconnaissance de cet état par l'assureur sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (cf article 10-3 de la Notice).

DOUBLE EFFET CONJOINT : Si, simultanément au décès, ou après le décès ou la PTIA de l'assuré, le conjoint de celui-ci décède avant son 80^{ème} anniversaire, ou est atteint de PTIA avant son 67^{ème} anniversaire, il est versé un capital supplémentaire aux enfants fiscalement à charge, réparti entre eux par parts égales. Ce capital supplémentaire est égal au capital en cas de décès porté sur le certificat d'adhésion, dans la limite de 150 000 Euros. Par "enfants fiscalement à charge", on entend ici les enfants qui étaient fiscalement à la charge de l'assuré au moment de son décès, et qui sont toujours à la charge du conjoint lors du décès de ce dernier.

AJUSTEMENTS ÉVÉNEMENTS FAMILIAUX : Afin d'ajuster la couverture en cas de décès à l'évolution des besoins de la famille de l'assuré, le capital décès peut être augmenté de 30 % (dans la limite totale de 150 000 Euros pour toute la durée de l'adhésion), selon le tarif en vigueur à la date de la demande, sans formalités médicales, dans les trois mois qui suivent l'un des événements suivants : mariage de l'assuré, naissance d'un enfant de l'assuré, début des études supérieures des enfants de l'assuré, décès du conjoint de l'assuré, achat d'une résidence principale par l'assuré en vue d'y résider, et ce sous réserve de la remise des pièces justificatives.

8-2. La garantie de base "Rente Viagère"

a/ Condition d'adhésion à la garantie :

Cette garantie peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Prévoyance Libéral "Loi Madelin".

b/ Objet de la garantie :

DÉCÈS

(sous réserve des exclusions visées à l'article 9 de la présente Notice)

En cas de décès de l'assuré, il est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) une rente viagère. Le montant du capital constitutif de la rente est indiqué sur le certificat d'adhésion.

Le montant de la rente sera calculé en fonction de ce capital, de l'âge du bénéficiaire et du taux de rente en vigueur au moment du versement de la rente. La première échéance de rente est versée dès la fin du trimestre civil suivant le décès de l'assuré, sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (cf article 10-2 de la Notice).

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

(sous réserve des délais d'attente et des exclusions visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice)

Si l'assuré est reconnu en état de PTIA, il lui sera versé, par anticipation, la rente assurée. La première échéance de la rente est versée dès la fin du trimestre civil suivant la reconnaissance par l'assureur de l'état de PTIA de l'assuré, sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (voir article 10-3 de la Notice).

AJUSTEMENTS ÉVÉNEMENTS FAMILIAUX : Afin d'ajuster la couverture en cas de décès à l'évolution des besoins de la famille de l'assuré, le capital constitutif de la rente viagère peut être augmenté de 30 % (dans la limite totale de 150 000 Euros pour toute la durée de l'adhésion), selon le tarif en vigueur à la date de la demande, sans formalités médicales, dans les trois mois qui suivent l'un des événements suivants : mariage de l'assuré, naissance d'un enfant de l'assuré, début des études supérieures des enfants de l'assuré, décès du conjoint de l'assuré, achat d'une résidence principale par l'assuré en vue d'y résider et ce sous réserve de la remise des pièces justificatives.

8-3 La garantie de base "Rente de Conjoint"

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin".

Cette garantie ne peut être accordée que si l'âge du candidat à l'assurance n'excède pas de plus de 15 ans celui du conjoint bénéficiaire.

b/ Objet de la garantie :

DÉCÈS - PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

(sous réserve des délais d'attente et des exclusions visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice)

En cas de décès ou de PTIA de l'assuré, il sera versé à son conjoint une rente annuelle. Le montant annuel de la rente assurée est indiqué sur le certificat d'adhésion.

c/ Modalités d'indemnisation :

Cette rente est versée pendant toute la vie du conjoint survivant, trimestriellement à terme échu. La première échéance de la rente est versée dès la fin du trimestre civil suivant le décès de l'assuré ou la reconnaissance par l'assureur de l'état de PTIA de l'assuré, sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (cf articles 10-2 et 10-3 de la Notice).

8-4. La garantie de base "Rente Education"

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin".

Cette garantie ne peut être accordée que si l'écart d'âge entre le candidat à l'assurance et le(s) enfant(s) bénéficiaire(s) n'excède pas 50 ans.

b/ Objet de la garantie :

DÉCÈS - PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

(sous réserve des délais d'attente et des exclusions visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice).

En cas de décès ou de PTIA de l'assuré, une rente éducation temporaire est versée au(x) enfant(s) bénéficiaire(s). Le montant de la rente garantie figure sur le certificat d'adhésion.

c/ Modalités d'indemnisation :

Cette rente prend effet, à partir du jour du décès de l'assuré ou du jour de reconnaissance par l'assureur de l'état de PTIA de l'assuré, sous réserve que l'enfant soit en vie au jour du sinistre. Elle est servie trimestriellement à terme échu jusqu'au 18^{ème} anniversaire de l'enfant bénéficiaire, ou s'il poursuit ses études, au plus tard jusqu'à son 28^{ème} anniversaire.

La première échéance de la rente est versée, dès la fin du trimestre civil suivant le décès de l'assuré ou la reconnaissance par l'assureur de l'état de PTIA de l'assuré, sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (cf articles 10-2 et 10-3 de la Notice).

d/ Options disponibles :

Deux options au choix sont proposées :

OPTION A - RENTE LINÉAIRE : La rente n'augmente pas en fonction de l'âge de l'enfant bénéficiaire.

OPTION B - RENTE CROISSANTE : Le montant de la rente augmente en fonction de l'âge de l'enfant bénéficiaire :

- à partir du 12^{ème} anniversaire de l'enfant, la rente initiale est augmentée de moitié ;
- à partir de son 18^{ème} anniversaire, la rente initiale est doublée.

L'option choisie figure sur le certificat d'adhésion.

Lors de l'entrée en service de la rente, quelle que soit l'option choisie, si l'enfant bénéficiaire est handicapé (cf lexique), le montant de la rente due est alors majoré de 15 %.

8-5. La garantie de base "Capital Invalidité Totale"

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie de base peut être souscrite exclusivement dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral. Cette garantie doit être souscrite uniquement si l'assuré ne souhaite pas être couvert en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

b/ Objet de la garantie :

En cas d'invalidité permanente totale supérieure ou égale à 66 %, l'assuré perçoit un "Capital Invalidité Totale".

c/ Entrée en jeu de la garantie :

(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice)

Le capital garanti est versé à l'assuré s'il apporte la preuve qu'il se trouve par suite de maladie ou d'accident en état d'invalidité permanente totale justifiant d'un taux d'invalidité au moins égal à 66 %.

La garantie doit entrer en jeu avant la date de départ à la retraite ou préretraite et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint son 67^{ème} anniversaire.

Le capital est réglé au plus tard dans les 30 jours qui suivent la reconnaissance par l'assureur de cet état d'invalidité permanente totale sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (voir article 10-5 de la Notice).

Le règlement intervient sur la base du capital garanti au moment de la reconnaissance par l'assureur de l'état d'invalidité permanente totale. Ce capital est versé en totalité. Le règlement du capital met fin à la présente garantie et à la présente adhésion. Toutefois, si l'assuré a également souscrit la garantie "Rente d'Invalidité", le paiement de la rente d'invalidité dont pourrait bénéficier l'assuré sera poursuivi jusqu'au terme contractuellement prévu.

d/ Détermination du taux d'invalidité :

Le taux d'invalidité est déterminé selon les dispositions figurant à l'article 8-11 d/ de la présente Notice.

8-6. La garantie optionnelle "Capital Supplémentaire en cas de Décès Accidentel"

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie peut être souscrite exclusivement dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral.

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie "Capital Décès" décrite à l'article 8-1.

b/ Objet de la garantie :

(sous réserve des exclusions visées à l'article 9 de la présente Notice)

En cas de décès ou de PTIA de l'assuré survenant dans les 12 mois suivant un accident (cf lexique), et à condition que le décès ou la PTIA en soit la

conséquence directe, un capital supplémentaire est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès et vient s'ajouter au montant versé au titre de la garantie "Capital Décès".

Si l'assuré est reconnu en état de PTIA suite à un accident (cf lexique), il lui sera versé, par anticipation, le capital supplémentaire prévu en cas de décès accidentel. Ce capital sera versé dans les 30 jours qui suivent la reconnaissance de cet état par l'assureur sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (voir articles 10-2,3 et 4 de la Notice).

c/ Montant assuré :

Ce capital supplémentaire est limité au montant du capital décès, sans pouvoir excéder 3 000 000 d'Euros y compris la prestation due au titre de l'article 8-7 de la Notice, le cas échéant.

8-7 La garantie optionnelle "Rente Viagère Supplémentaire en cas de Décès Accidentel"

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin".

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie "Rente Viagère" décrite à l'article 8-2.

b/ Objet de la garantie :

(sous réserve des exclusions visées à l'article 9 de la présente Notice)

En cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) (cf lexique) de l'assuré survenant dans les 12 mois suivant un accident (cf lexique) et à condition que le décès ou la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) en soit la conséquence directe, le capital constitutif prévu au titre de la garantie de base "Rente Viagère" sera majoré du capital constitutif prévu au titre de la garantie optionnelle "Rente Viagère Supplémentaire en cas de Décès Accidentel".

Les bénéficiaires de la prestation due au titre de la présente garantie sont identiques à ceux de la garantie de base "Rente Viagère".

c/ Montant assuré :

Ce capital constitutif supplémentaire est limité au montant du capital décès, sans pouvoir excéder 3 000 000 d'Euros, y compris la prestation due au titre de l'article 8-6 de la Notice, le cas échéant.

8-8. La garantie optionnelle "Indemnités Journalières Courtes"

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin".

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie de base en cours de paiement de cotisations.

Cette garantie ne peut pas être souscrite sans la garantie "Indemnités Journalières Longues".

b/ Objet de la garantie :

Si l'assuré, par suite d'une maladie ou d'un accident, se trouve en incapacité temporaire totale de travail (cf lexique), il perçoit une indemnité journalière.

c/ Détermination du montant assuré à l'adhésion : assiette et limitations :

La garantie "Indemnités Journalières Courtes" souscrite par l'assuré ne doit pas lui permettre de percevoir un revenu supérieur à son revenu professionnel imposable, figurant sur sa dernière déclaration fiscale ou bien correspondant à la moyenne des revenus déclarés au cours des 3 dernières années, en tenant compte des prestations de même nature prévues par tout autre régime de prévoyance obligatoire, complémentaire et/ou facultatif.

En cas de baisse des revenus ou d'augmentation des revenus en cours d'adhésion, il appartient à l'assuré de prendre contact avec l'assureur pour lui demander un réajustement de ses garanties.

d/ Entrée en jeu de la garantie :

(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice)

"Les Indemnités Journalières Courtes" sont versées, pendant une période décomptée à partir de l'expiration du délai de franchise indiqué sur le certificat d'adhésion.

En cas d'hospitalisation continue de plus de 3 jours (3 nuitées), si l'assuré a choisi la franchise hospitalisation de 3 jours, l'indemnité journalière est versée à compter du 4^{ème} jour d'hospitalisation, la franchise hospitalisation se substituant alors à la franchise maladie.

En cas d'accident, si l'assuré a choisi la franchise accident de 0 ou 3 jours, la période d'indemnisation de l'incapacité temporaire totale de travail commence respectivement à compter du 1^{er} jour ou 4^{ème} jour de l'arrêt de travail. Cet arrêt de travail doit intervenir respectivement le lendemain ou dans les 3 jours qui suivent l'accident. Dans le cas contraire, c'est la franchise maladie qui s'applique.

e/ Durée d'indemnisation :

"Les Indemnités Journalières Courtes" sont versées, jusqu'au 90^{ème} jour d'arrêt de travail, franchise incluse.

Le total des "Indemnités Journalières Courtes" et des "Indemnités Journalières Longues" qui seront versées pour une même maladie ou un même accident ne peut excéder 1095 jours d'arrêt de travail franchises incluses en un ou plusieurs arrêts.

f/ Montant de l'indemnité journalière versée :

Le montant garanti de l'indemnité journalière est indiqué sur le certificat d'adhésion. Le versement sera effectué conformément à l'option choisie et sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (voir article 10-5 de la Notice).

• "INDEMNITÉS JOURNALIÈRES COURTES" :

OPTION MODE INDEMNITAIRE

Le montant de la prestation versée est déterminé à partir des revenus de l'assuré déclarés à l'administration fiscale, déduction faite des prestations de même nature servies au titre des régimes obligatoires, complémentaires et/ou facultatifs et dans la limite du montant assuré. Les prestations en cas d'incapacité de travail versées en couverture d'un emprunt ne sont pas prises en compte.

En cas de baisse des revenus, les prestations versées seront plafonnées en application des règles énoncées ci-avant, les cotisations restant acquises à l'assureur.

• "INDEMNITÉS JOURNALIÈRES COURTES" :

OPTION MODE FORFAITAIRE

Le montant de la prestation versée est égal au montant assuré.

g/ Modalités de versement des indemnités journalières :

Les indemnités sont versées mensuellement, à terme échu.

h/ Cessation de versement des indemnités journalières :

Le service de ces indemnités s'interrompt dès que l'assuré peut reprendre, même partiellement son activité professionnelle. Par ailleurs, il se termine à la date de liquidation de la retraite quelle qu'en soit la cause ou de départ en préretraite de l'assuré, et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint son 67^{ème} anniversaire.

i/ Changement d'option :

Le mode choisi (indemnitaire ou forfaitaire) s'applique sur les indemnités journalières courtes et ou longues et sur la rente d'invalidité. Toute demande de changement d'option en cours d'adhésion s'applique systématiquement sur les deux types d'indemnités et sur la rente d'invalidité lorsque ces garanties sont souscrites.

Toute demande de changement d'option vers un mode forfaitaire en cours d'adhésion est subordonnée à des formalités médicales et à une nouvelle acceptation médicale et financière le cas échéant, de l'assureur. Toute demande de changement d'option d'un mode indemnitaire vers un mode forfaitaire doit être effectuée avant 60 ans. Cette demande doit être formulée par l'adhérent dans les 3 mois qui précèdent la date anniversaire de son adhésion en adressant une lettre recommandée avec avis de réception au siège social de l'assureur. La modification, une fois acceptée par l'assureur, prend effet à la date anniversaire de l'adhésion.

j/ Cas des créateurs :

Le mode forfaitaire est obligatoire pendant les deux premières années de l'adhésion, pour tout assuré ayant moins de deux années d'exercice professionnel lors de son adhésion. Passé le délai de deux ans, l'assuré pourra demander à passer en "mode indemnitaire". A défaut de demande de la part de l'assuré, le système forfaitaire reste applicable.

Toute demande de changement d'option vers un mode indemnitaire doit être réalisée par l'assuré, dans les 3 mois qui précèdent la date anniversaire de son adhésion en adressant une demande par envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception au siège social de l'assureur. La modification prend effet à la date anniversaire de l'adhésion.

k/ Non cumul de prestations :

Les prestations versées au titre de la garantie "Indemnités Journalières Courtes" ne peuvent en aucun cas se cumuler aux prestations versées au titre des garanties "Rente d'Invalidité", "Indemnités Journalières Longues" et "Allocation Enfant Hospitalisé".

l/ Rechute après reprise de travail :

Si la rechute survient moins de 2 mois après la reprise du travail, l'indemnisation reprendra au 1^{er} jour du nouvel arrêt, à la condition que celui-ci soit lié au même motif que le précédent.

Si la rechute intervient plus de deux mois après la reprise du travail, l'indemnisation reprendra après expiration du délai de franchise prévu. Toutefois, si l'assuré est atteint d'une affection de longue durée pour le même motif, il ne sera pas fait application de la franchise.

Si le nouvel arrêt de travail est lié aux suites ou séquelles d'un accident déjà indemnisé, c'est la franchise choisie en cas de maladie qui sera appliquée. La franchise accident ne s'applique qu'une seule fois pour un même accident.

OPTION PROLONGATION DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES COURTES AU-DELÀ DE 67 ANS

m/ Conditions d'adhésion à l'option :

Cette option peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin".

Cette option ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie de base "Capital Décès" et /ou "Rente Viagère", et de la garantie "Indemnités Journalières Courtes" en cours de paiement de cotisations.

n/ Objet de l'option :

(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice)

Si l'assuré, par suite d'une maladie ou d'un accident, se trouve après 67 ans en incapacité temporaire totale de travail, il perçoit une indemnité journalière correspondant à 50 % du montant de l'indemnité journalière courte garantie. Cette option permet de prolonger la couverture au-delà du 67^{ème} anniversaire de l'assuré en maintenant le mode forfaitaire ou indemnitaire précédemment choisi.

o/ Durée d'indemnisation :

"Les Indemnités Journalières Courtes" sont versées, jusqu'au 90^{ème} jour d'arrêt de travail, franchise incluse.

Le total des "Indemnités Journalières Courtes" et des "Indemnités Journalières Longues" qui seront versées pour une même maladie ou un même accident ne peut excéder 1095 jours d'arrêt de travail franchises incluses en un ou plusieurs arrêts (les arrêts prescrits avant et après les 67 ans de l'assuré se cumulent).

p/ Cessation de versement des indemnités journalières :

Le service de ces indemnités s'interrompt dès que l'assuré peut reprendre, même partiellement, son activité professionnelle. Par ailleurs, il se termine à la date de liquidation de la retraite quelle qu'en soit la cause et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint son 70^{ème} anniversaire.

8-9 La garantie optionnelle "Indemnités Journalières Longues"

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin".

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie de base en cours de paiement de cotisations.

b/ Objet de la garantie :

Si l'assuré, par suite d'une maladie ou d'un accident, se trouve en incapacité temporaire totale de travail, il perçoit une indemnité journalière.

c/ Détermination du montant assuré à l'adhésion : assiette et limitations :

La garantie "Indemnités Journalières Longues" souscrite par l'assuré ne doit pas lui permettre de percevoir un revenu supérieur à son revenu professionnel imposable, figurant sur sa dernière déclaration fiscale ou bien correspondant à la moyenne des revenus déclarés au cours des 3 dernières années, en tenant compte des prestations de même nature prévues par tout autre régime de prévoyance obligatoire, complémentaire et/ou facultatif.

En cas de baisse des revenus ou d'augmentation des revenus en cours d'adhésion, il appartient à l'assuré de prendre contact avec l'assureur pour lui demander un réajustement de ses garanties.

d/ Entrée en jeu de la garantie :

(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice)

"Les Indemnités Journalières Longues" sont versées pendant une période décomptée à partir de l'expiration du délai de franchise indiqué sur le certificat d'adhésion.

La souscription de la garantie "Indemnités Journalières Longues" impose une franchise supérieure ou égale à 90 jours lorsqu'elle se cumule avec la souscription de la garantie "Indemnités Journalières Courtes".

En cas d'hospitalisation continue de plus de 3 jours (3 nuitées), si l'assuré a choisi la franchise hospitalisation de 3 jours, l'indemnité journalière est versée à compter du 4^{ème} jour d'hospitalisation, la franchise hospitalisation se substituant alors à la franchise maladie.

En cas d'accident, si l'assuré a choisi la franchise accident de 0 ou 3 jours, la période d'indemnisation de l'incapacité temporaire totale de travail commence respectivement à compter du 1^{er} jour ou 4^{ème} jour de l'arrêt de travail. Cet arrêt de travail doit intervenir respectivement le lendemain ou dans les 3 jours qui suivent l'accident. Dans le cas contraire, c'est la franchise maladie qui s'applique.

e/ Durée d'indemnisation :

"Les Indemnités Journalières Longues" sont versées, au plus tard jusqu'au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail franchise incluse.

Le total des "Indemnités Journalières Courtes" et des "Indemnités Journalières Longues" qui seront versées pour une même maladie ou un même accident ne peut excéder 1095 jours d'arrêt de travail franchises incluses en un ou plusieurs arrêts.

f/ Montant de l'indemnité journalière versée :

Le montant garanti de l'indemnité journalière est indiqué sur le certificat d'adhésion. Le versement sera effectué conformément à l'option choisie et sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (voir article 10-5 de la Notice).

• "INDEMNITÉS JOURNALIÈRES LONGUES" : OPTION MODE INDEMNITAIRE

Le montant de la prestation versée est déterminé à partir des revenus de l'assuré déclarés à l'administration fiscale, déduction faite des prestations de même nature servies au titre des régimes obligatoires, complémentaires et/ou facultatifs et dans la limite du montant assuré. Les prestations en cas d'incapacité de travail versées en couverture d'un emprunt ne sont pas prises en compte.

En cas de baisse des revenus, les prestations versées seront plafonnées en application des règles énoncées ci-avant, les cotisations restant acquises à l'assureur.

• "INDEMNITÉS JOURNALIÈRES LONGUES" : OPTION MODE FORFAITAIRE

Le montant de la prestation versée est égal au montant assuré.

g/ Modalités de versement des indemnités journalières :

Les indemnités sont versées mensuellement, à terme échu.

h/ Cessation de versement des indemnités journalières :

Le service de ces indemnités s'interrompt dès que l'assuré peut reprendre, même partiellement son activité professionnelle. Par ailleurs, il se termine à la date de liquidation de la retraite quelle qu'en soit la cause ou de départ en préretraite de l'assuré, et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint son 67^{ème} anniversaire.

i/ Changement d'option :

Le mode choisi (indemnitaire ou forfaitaire) s'applique sur les indemnités journalières courtes et ou longues et sur la rente d'invalidité. Toute demande de changement d'option en cours d'adhésion s'applique systématiquement sur les deux types d'indemnités et sur la rente d'invalidité lorsque ces garanties sont souscrites.

Toute demande de changement d'option vers un mode forfaitaire en cours d'adhésion est subordonnée à des formalités médicales et à une nouvelle acceptation médicale et financière le cas échéant, de l'assureur. Toute demande de changement d'option d'un mode indemnitaire vers un mode forfaitaire doit être effectuée avant 60 ans. Cette demande doit être formulée par l'adhérent dans les 3 mois qui précèdent la date anniversaire de son adhésion en adressant une lettre recommandée avec avis de réception au siège social de l'assureur. La modification, une fois acceptée par l'assureur, prend effet à la date anniversaire de l'adhésion.

j/ Cas des créateurs :

Le mode forfaitaire est obligatoire pendant les deux premières années de l'adhésion, pour tout assuré ayant moins de deux années d'exercice professionnel lors de son adhésion. Passé le délai de deux ans, l'assuré pourra demander à passer en "mode indemnitaire". A défaut de demande de la part de l'assuré, le système forfaitaire reste applicable.

Toute demande de changement d'option vers un mode indemnitaire doit être réalisée par l'assuré, dans les 3 mois qui précèdent la date anniversaire de son adhésion en adressant une demande par envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception au siège social de l'assureur. La modification prend effet à la date anniversaire de l'adhésion.

k/ Non cumul de prestations :

Les prestations versées au titre de la garantie "Indemnités Journalières Longues" ne peuvent en aucun cas, se cumuler aux prestations versées au titre des garanties "Rente d'Invalidité", "Indemnités Journalières Courtes" et "Allocation Enfant Hospitalisé".

l/ Rechute après reprise de travail :

Si la rechute survient moins de 2 mois après la reprise du travail, l'indemnisation reprendra au 1^{er} jour du nouvel arrêt de travail à la condition que celui-ci soit lié au même motif que le précédent. Dans le cas contraire, l'indemnisation débutera après expiration des délais de franchise choisis.

Si la rechute intervient plus de deux mois après la reprise du travail, l'indemnisation reprendra après expiration du délai de franchise prévu. Toutefois, si l'assuré est atteint d'une affection de longue durée pour le même motif, il ne sera pas fait application de la franchise.

Si ce nouvel arrêt de travail est lié aux suites ou séquelles d'un accident déjà indemnisé, c'est la franchise choisie en cas de maladie qui sera appliquée. La franchise accident ne s'applique qu'une seule fois pour un même accident.

m/ Reprise partielle du travail après 3 mois continus d'incapacité temporaire totale de travail :

L'assuré admis à reprendre une activité professionnelle partielle après 3 mois continus d'incapacité temporaire totale recevra une indemnité journalière égale à 50 % de l'indemnité garantie. Cette indemnité est versée, pour un même événement accidentel ou une même maladie, au maximum pendant 6 mois et sous réserve que l'état de santé de l'assuré ne permette pas une reprise d'activité à temps plein.

En cas d'affection de longue durée (ALD) pour le même motif, il n'est pas exigé 3 mois continus d'incapacité temporaire totale de travail pour indemniser au titre de l'incapacité partielle.

OPTION PROLONGATION DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES LONGUES AU-DELÀ DE 67 ANS

n/ Conditions d'adhésion à l'option :

Cette option peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin".

Cette option ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie de base "Capital Décès" et ou "Rente Viagère", et de la garantie "Indemnités Journalières Longues" en cours de paiement de cotisations.

o/ Objet de l'option :

(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice)

Si l'assuré, par suite d'une maladie ou d'un accident, se trouve après 67 ans en incapacité temporaire totale de travail, il perçoit une indemnité journalière correspondant à 50 % du montant de l'indemnité journalière longue garantie. Cette option permet de prolonger la couverture au-delà du 67^{ème} anniversaire de l'assuré en maintenant le mode forfaitaire ou indemnitaire précédemment choisi.

p/ Durée d'indemnisation :

Les indemnités journalières sont versées, au plus tard jusqu'au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail franchise incluse.

Le total des "Indemnités Journalières Courtes" et des "Indemnités Journalières Longues" qui seront versées pour une même maladie ou un même accident ne peut excéder 1095 jours d'arrêt de travail franchises incluses en un ou plusieurs arrêts. (Les arrêts prescrits avant et après les 67 ans de l'assuré se cumulent).

q/ Cessation de versement des indemnités journalières :

Le service de ces indemnités s'interrompt dès que l'assuré peut reprendre, même partiellement, son activité professionnelle. Par ailleurs, il se termine à la date de liquidation de la retraite quelle qu'en soit la cause, et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint son 70^{ème} anniversaire.

8-10. La garantie "Allocation Enfant Hospitalisé"

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie est incluse et acquise gratuitement dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin" lorsque l'assuré a souscrit la garantie "Indemnités Journalières Courtes" et/ou "Indemnités Journalières Longues". Ces garanties doivent être en cours de paiement.

b/ Objet de la garantie :

Cette garantie apporte une compensation financière à l'assuré, en cas d'hospitalisation d'un enfant fiscalement à charge (cf lexicque) consécutive à une maladie ou un accident.

c/ Montant assuré :

Le montant de l'allocation est de 100€ par jour d'hospitalisation pour les professions libérales réglementées et de 50€ par jour pour les professions libérales non réglementées. Ce montant est forfaitaire et indépendant du montant assuré choisi pour les "Indemnités Journalières Courtes et /ou "Indemnités Journalières Longues".

d/ Entrée en jeu de la garantie :

(sous réserve des délais d'attente visés à l'article 4.6 de la présente Notice)

L'allocation est versée dès que l'enfant âgé de moins de 18 ans et fiscalement à charge de l'assuré est hospitalisé durant 7 jours minimum (soit 6 nuitées). Une fois ces conditions satisfaites, l'assureur indemnise dès le 1^{er} jour d'hospitalisation.

e/ Durée d'indemnisation :

L'assuré pourra bénéficier de 60 jours d'indemnisation maximum pendant toute la durée de l'adhésion. Ces jours d'indemnisation peuvent être répartis sur un ou plusieurs enfants fiscalement à charge de l'assuré et réglés en une ou plusieurs fois selon le nombre de séjours hospitaliers et la durée de l'hospitalisation.

f/ Modalités de versement de l'"Allocation Enfant Hospitalisé" :

Les allocations sont versées mensuellement, à terme échu.

g/ Cessation de versement des indemnités journalières :

Le service de ces allocations s'interrompt dès que l'enfant fiscalement à charge n'est plus hospitalisé. Il se termine dès que l'assuré a perçu 60 jours d'indemnisation maximum. Le service des prestations s'interrompt dès que l'enfant a atteint son 18^{ème} anniversaire ou s'il n'est plus fiscalement à charge. Par ailleurs, il se termine à la date à laquelle cessent les garanties "Indemnités Journalières Courtes" et ou "Indemnités Journalières Longues" et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint son 67^{ème} anniversaire.

h/ Non cumul de prestations :

Les prestations versées au titre de la garantie "Allocation Enfant Hospitalisé" ne peuvent en aucun cas se cumuler avec d'autres prestations versées à l'assuré : "Indemnités Journalières Courtes", "Indemnités Journalières Longues", "Rente d'Invalidité", "Indemnités de Remboursement des Frais Professionnels", "Capital Confort Invalidité" ou tout type de prestation accordée lorsque l'assuré est en état d'incapacité temporaire totale ou bien en état d'invalidité.

Le versement de l'"Allocation Enfant Hospitalisé" ne donne pas lieu à l'exonération du paiement des cotisations d'assurance.

Si deux ou plusieurs enfants âgés de moins de 18 ans et fiscalement à charge de l'assuré sont hospitalisés simultanément, l'assuré ne perçoit qu'une seule allocation par jour.

8-11. La garantie optionnelle "Rente d'Invalidité"

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin".

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie de base en cours de paiement de cotisations.

b/ Objet de la garantie :

En cas d'invalidité permanente partielle ou totale consécutive à une maladie ou à un accident l'assuré perçoit une rente d'invalidité en fonction du taux d'invalidité déterminé par voie d'expertise médicale.

c/ Détermination du montant assuré à l'adhésion : assiette et limitations :

La garantie "Rente d'Invalidité" souscrite par l'assuré ne doit pas lui permettre de percevoir un revenu supérieur à son revenu professionnel imposable, figurant sur sa dernière déclaration fiscale ou bien correspondant à la moyenne des revenus déclarés au cours des 3 dernières années, en tenant compte des prestations de même nature prévues par tout autre régime de prévoyance, obligatoire, complémentaire et/ou facultatif.

En cas de baisse des revenus ou d'augmentation des revenus en cours de contrat, il appartient à l'assuré de prendre contact avec l'assureur pour lui demander un réajustement de ses garanties (cf article 5-1 de la Notice).

d/ Détermination du taux d'invalidité :

d/1 : L'assuré exerce une profession libérale réglementée

Le taux d'invalidité est déterminé par voie d'expertise médicale en fonction de la seule incapacité professionnelle.

Il est apprécié de 0 % à 100 % en fonction de la diminution d'aptitude de l'assuré à l'exercice de son activité professionnelle, en tenant compte :

- des conditions de cet exercice avant la maladie ou l'accident,
- des possibilités restantes ainsi que des possibilités d'aménagement dans l'exercice de sa profession.

Il n'est pas tenu compte de la capacité restante à exercer une autre profession ni des possibilités éventuelles de reclassement professionnel.

Le taux d'invalidité ouvrant droit au service des prestations est déterminé en dehors de toute référence aux régimes d'assurance maladie obligatoires.

Le taux d'incapacité professionnelle n'est pas déterminé à titre définitif, il peut varier en fonction de l'état de santé de l'assuré et peut être revu (majoration ou diminution) à l'initiative de l'assuré ou de l'assureur. L'assureur se réserve le droit de soumettre l'assuré aux contrôles ou expertises prévus à l'article 10-8 de la Notice.

d/2 : L'assuré exerce une profession libérale non réglementée

Le taux d'invalidité est déterminé par voie d'expertise médicale en fonction de deux critères :

• **l'incapacité fonctionnelle physique ou mentale**

Elle est fondée uniquement sur la diminution de capacité indépendamment de toute considération professionnelle. Le taux d'incapacité fonctionnelle est évalué selon le barème Indicatif des Incapacités en Droit Commun, dit "Le Concours Médical". A défaut d'indication dudit Barème, ce taux est fixé selon les critères d'évaluation en droit commun.

• L'incapacité professionnelle

Elle est appréciée en fonction de l'incidence de l'incapacité fonctionnelle (telle que définie ci-avant) sur l'activité professionnelle de l'assuré en tenant compte :

- des conditions de cet exercice avant la maladie ou l'accident,
- des possibilités restantes ainsi que des possibilités d'aménagement dans l'exercice de sa profession.

Il n'est pas tenu compte de la capacité restante à exercer une autre profession ni des possibilités éventuelles de reclassement professionnel.

Le taux d'invalidité ouvrant droit au service des prestations est déterminé en dehors de toute référence aux régimes d'assurance maladie obligatoires.

Le taux "T" d'invalidité est estimé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle conformément au tableau ci-après :

TAUX D'INCAPACITE PROFESSIONNELLE	TAUX D'INCAPACITE FONCTIONNELLE								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

Les taux d'incapacité fonctionnelle ou professionnelle ne sont pas déterminés à titre définitif, ils peuvent varier en fonction de l'état de santé de l'assuré et peuvent être revus (majoration ou diminution) à l'initiative de l'assuré ou de l'assureur. L'assureur se réserve le droit de soumettre l'assuré aux contrôles ou expertises prévus à l'article 10-8 de la Notice.

e/ Entrée en jeu de la garantie :

(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice)

La garantie "Rente d'Invalidité" intervient au terme de 1095 jours d'incapacité temporaire totale de travail. Elle entre également en jeu, après consolidation médicale dès que la preuve de l'état d'invalidité permanente totale ou partielle est apportée.

f/ Durée d'indemnisation et cessation du versement de la rente :

Si l'état d'invalidité persiste, la rente est servie jusqu'à la date de liquidation de la retraite quelle qu'en soit la cause ou de départ en préretraite de l'assuré, et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint son 67^{ème} anniversaire.

g/ Montant de la rente versée :

Le montant de la rente versée dépend du mode d'indemnisation choisi (forfaitaire ou indemnitaire) et du taux d'indemnisation appliqué.

A/ Mode d'indemnisation choisi

• "Rente d'Invalidité" : OPTION MODE INDEMNITAIRE

En cas de sinistre, le montant de la rente est déterminé à partir des revenus de l'assuré déclarés à l'administration fiscale, déduction faite des prestations de même nature servies au titre des régimes obligatoires, complémentaires et/ou facultatifs et dans la limite du montant assuré.

Ce montant est versé en totalité ou partiellement selon le taux d'indemnisation appliqué (cf point B/ ci-après).

En cas de baisse des revenus, les prestations versées seront plafonnées en application des règles énoncées ci-avant, les cotisations restant acquises à l'assureur.

• "Rente d'Invalidité" : OPTION MODE FORFAITAIRE

En cas de sinistre, le montant de la rente est déterminé à partir du montant assuré. Ce montant assuré est versé en totalité ou partiellement selon le taux d'indemnisation appliqué (cf point B : ci-après).

B/ Le taux d'indemnisation

Le taux d'indemnisation appliqué au montant de base dépend du taux d'invalidité reconnu à l'assuré.

- si le taux d'invalidité permanente est inférieur à 33 %, la garantie ne joue pas et l'assuré ne perçoit pas de prestations au titre de cette garantie.
- si le taux d'invalidité permanente est supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %, le taux d'indemnisation est calculé en fonction du taux d'invalidité "T", selon la formule "T"/66. L'assuré perçoit une rente partielle.
- si le taux d'invalidité permanente est supérieur ou égal à 66 %, le taux d'indemnisation est de 100 % et la rente est versée en totalité.

h/ Modalités de versement de la rente d'invalidité :

Les versements sont effectués trimestriellement à terme échu. La première échéance de rente est versée dès la fin du trimestre suivant les 1095 jours d'incapacité temporaire totale de travail, ou dès la fin du trimestre au cours duquel l'état d'invalidité permanente totale ou partielle est consolidé sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (voir article 10-5 de la Notice).

Les trimestres se définissent par rapport à la date anniversaire de prise d'effet des garanties du contrat.

i/ Non cumul de prestations :

Les prestations versées au titre de la garantie "Rente d'Invalidité" ne peuvent en aucun cas se cumuler aux prestations versées au titre des garanties "Indemnités Journalières Courtes" et/ou "Indemnités Journalières Longues", "Allocation Enfant Hospitalisé" et "Indemnités de Remboursement des Frais Professionnels".

i/ Changement d'option :

Le mode choisi (indemnitaire ou forfaitaire) s'applique sur les indemnités journalières courtes et ou longues et sur la rente d'invalidité. Toute demande de changement d'option en cours d'adhésion s'applique systématiquement sur les deux types d'indemnités et sur la rente d'invalidité lorsque ces garanties sont souscrites.

Toute demande de changement d'option vers un mode forfaitaire en cours d'adhésion est subordonnée à des formalités médicales et à une nouvelle acceptation médicale et financière le cas échéant, de l'assureur. Toute demande de changement d'option d'un mode indemnitaire vers un mode forfaitaire doit être effectuée avant 60 ans. Cette demande doit être formulée par l'adhérent dans les 3 mois qui précèdent la date anniversaire de son adhésion en adressant une lettre recommandée avec avis de réception au siège social de l'assureur. La modification, une fois acceptée par l'assureur, prend effet à la date anniversaire de l'adhésion.

j/ Cas des créateurs :

Le mode forfaitaire est obligatoire pendant les deux premières années de l'adhésion, pour tout assuré créateur ayant moins de deux années d'exercice professionnel lors de son adhésion. Passé le délai de deux ans, l'assuré pourra demander à passer en "mode indemnitaire". A défaut de demande de changement d'option de la part de l'assuré, le mode forfaitaire reste applicable.

Toute demande de changement d'option vers un mode indemnitaire doit être réalisée par l'assuré, dans les 3 mois qui précèdent la date anniversaire de son adhésion en adressant une demande par envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception au siège social de l'assureur. La modification prend effet à la date anniversaire de l'adhésion.

OPTION RENTE D'INVALIDITÉ À PARTIR DE 16 %

Cette option peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin".

Elle est réservée exclusivement aux personnes exerçant une profession libérale réglementée.

Cette option qui intervient sous forme d'extension de garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie "Rente d'Invalidité" en cours de paiement de cotisations.

Lorsque cette option est souscrite, l'invalidité permanente partielle est prise en charge dès 16 %, **(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice)**.

Les conditions suivantes sont alors appliquées :

- si le taux d'invalidité permanente est inférieur à 16 %, la garantie ne joue pas et l'assuré ne perçoit pas de prestations au titre de cette garantie.
- si le taux d'invalidité permanente est supérieur ou égal à 16 % et inférieur à 66 %, le taux d'indemnisation est calculé en fonction du taux d'invalidité "T", selon la formule "T"/66. L'assuré perçoit une rente partielle.
- si le taux d'invalidité permanente est supérieur ou égal à 66 %, le taux d'indemnisation est de 100 %, et la rente est versée en totalité.

Les conditions de détermination du taux d'invalidité, d'entrée en jeu de la garantie, de durée d'indemnisation, de versement de la rente d'invalidité et de non cumul des prestations sont identiques à celles prévues pour la garantie "Rente d'Invalidité".

8-12. La garantie optionnelle "Capital Confort Invalidité"

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie optionnelle peut être souscrite exclusivement dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral.

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie de base en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

b/ Objet de la garantie :

En cas d'invalidité permanente totale supérieure ou égale à 66 %, l'assuré perçoit un "Capital Confort Invalidité".

c/ Entrée en jeu de la garantie :

(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice)

c/1 Pour les professions réglementées :

Le capital garanti est versé à l'assuré s'il apporte la preuve qu'il se trouve par suite de maladie ou d'accident en état d'invalidité permanente totale d'un taux au moins égal à 66 % le mettant dans l'impossibilité d'exercer sa profession. La garantie doit entrer en jeu avant la date de départ à la retraite ou préretraite et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint son 67^{ème} anniversaire.

c/2 Pour les professions non réglementées :

Le capital garanti est versé à l'assuré s'il apporte la preuve qu'il se trouve par suite de maladie ou d'accident en état d'invalidité permanente totale justifiant d'un taux d'invalidité au moins égal à 66 %.

La garantie doit entrer en jeu avant la date de départ à la retraite ou préretraite et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint son 67^{ème} anniversaire.

Le capital est réglé au plus tard dans les 30 jours qui suivent la reconnaissance par l'assureur de cet état d'invalidité permanente totale sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (voir article 10-5 de la Notice).

Le règlement intervient sur la base du capital garanti au moment de la reconnaissance par l'assureur de l'invalidité permanente totale et met fin à la présente garantie.

d/ Détermination du taux d'invalidité :

Le taux d'invalidité est déterminé selon les dispositions figurant à l'article 8-11 d/ de la présente Notice.

e/ Montant du capital assuré :

Le "Capital Confort Invalidité" est limité au montant du capital décès, sans pouvoir excéder 350 000 Euros.

OPTION CAPITAL CONFORT INVALIDITÉ À 16 % OU 33 %

L'option 16 % ou 33 % peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral.

L'option à 16 % est réservée exclusivement aux personnes exerçant une profession libérale réglementée.

En fonction de l'option choisie, l'invalidité permanente partielle est prise en charge soit dès 16 % soit dès 33 %, **(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice)**.

Les conditions suivantes sont alors appliquées :

- si le taux d'invalidité permanente est inférieur à 16 %, (ou à 33 % si cette option est retenue), la garantie ne joue pas et l'assuré ne perçoit pas de prestations au titre de cette garantie.
- si le taux d'invalidité permanente est supérieur ou égal à 16 % (ou à 33 % si cette option est retenue), et inférieur à 66 %, le montant du capital à régler est calculé en fonction du taux d'invalidité "T", selon la formule "T"/66. L'assuré perçoit un capital partiel.
- si le taux d'invalidité permanente est supérieur ou égal à 66 %, le capital est versé en totalité.

Le règlement du capital en cas d'invalidité permanente partielle ou totale met fin à la présente garantie.

Les conditions de détermination du taux d'invalidité, d'entrée en jeu de la garantie, et de non cumul des prestations sont identiques à celles prévues pour la garantie "Rente d'Invalidité".

8-13. La garantie optionnelle "Indemnités de Remboursement des Frais Professionnels"

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin".

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie de base en cours de paiement de cotisations.

b/ Objet de la garantie :

Si l'assuré, par suite d'une maladie ou d'un accident, se trouve dans l'incapacité totale d'exercer son activité professionnelle, il perçoit une indemnité journalière visant à couvrir les frais professionnels encourus, sans toutefois pouvoir dépasser le montant journalier assuré multiplié par le nombre de jours d'incapacité pris en compte. Le montant de l'indemnité journalière est indiqué sur le certificat d'adhésion.

c/ Frais professionnels permanents pris en charge :

Les frais professionnels pris en charge sont les frais généraux permanents, notamment les loyers et/ou charges relatifs aux locaux professionnels, salaires

et charges sociales, taxe professionnelle, cotisations aux organismes professionnels et sociaux obligatoires, abonnements, assurances professionnelles, les mensualités d'emprunts ou de crédits-bails professionnels à condition qu'ils ne soient pas pris en charge par une autre assurance. Les frais sont pris en considération hors TVA lorsque celle-ci est récupérable par l'assuré.

Les frais d'exploitation supplémentaires liés à l'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré sont également pris en charge, et notamment le coût d'un remplacement dans la fonction.

d/ Détermination du montant assuré à l'adhésion : assiette et limitations :

Le montant assuré est déterminé à partir des frais de fonctionnement annuels constatés lors du dernier exercice qui précède la demande d'adhésion. Le montant quotidien assuré ne peut excéder 1/365^{ème} des frais de fonctionnement constatés dans la limite des plafonds autorisés.

Pour les créateurs, le montant assuré est déterminé à partir des frais de fonctionnement annuels prévisionnels.

e/ Entrée en jeu de la garantie :

(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice)

L'indemnisation débute à partir de l'expiration du délai de franchise indiqué sur le certificat d'adhésion, et s'achève, au plus tard, au terme de 12 mois (365 jours), 18 mois (547 jours) ou 24 mois (730 jours) d'arrêt de travail, selon l'option choisie, franchise incluse, en un ou plusieurs arrêts pour une même maladie ou un même accident. Les indemnités sont versées mensuellement, à terme échu.

f/ Montant des indemnités journalières versées :

Le montant de la prestation est égal au montant assuré.

g/ Durée d'indemnisation :

Le service de ces indemnités s'interrompt dès que l'assuré peut reprendre son activité professionnelle, même partiellement. Par ailleurs, il se termine à la date de liquidation de la retraite quelle qu'en soit la cause ou de départ en préretraite de l'assuré, et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint son 67^{ème} anniversaire.

8-14. La garantie optionnelle "Allocation Hospitalisation"

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin".

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie de base en cours de paiement de cotisations.

b/ Objet de la garantie :

Si l'assuré est hospitalisé par suite de maladie ou d'accident pour une période supérieure à 3 jours, il bénéficie d'une allocation journalière. Le montant de cette allocation est indiqué sur le certificat d'adhésion.

c/ Entrée en jeu de la garantie :

(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice)

Cette allocation est versée :

- rétroactivement à compter du 1^{er} jour d'hospitalisation si celle-ci est consécutive à un accident ;
 - à partir du 4^{ème} jour d'hospitalisation si celle-ci est consécutive à une maladie.
- La durée maximale de l'indemnisation, pour un même accident ou une même maladie, y compris rechutes et complications, est de 365 jours.

d/ Conditions de prise en charge :

Cette allocation journalière concerne toute hospitalisation médicale ou chirurgicale dans un hôpital public ou privé ou dans une clinique, conventionnés ou agréés par la Sécurité Sociale. Si le séjour dans un de ces établissements se poursuit par une hospitalisation à domicile, l'allocation journalière continue d'être versée comme s'il s'agissait d'un seul et même séjour. **En revanche, la garantie n'intervient pas pour les séjours dans les établissements classés comme maison de repos, centres ou maisons de convalescence, établissements thermaux, centres de rééducation professionnelle, centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, hospices et maisons de retraite, selon la nomenclature officielle des établissements sanitaires et sociaux. Enfin, les hospitalisations en rapport avec des interventions de chirurgie esthétique ne donnent lieu à indemnisation que lorsque ces dernières sont motivées par des séquelles d'accident et/ou lorsque l'intervention fait l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire de la Sécurité Sociale.**

e/ Montant de l'allocation :

Le montant de la prestation est égal au montant assuré. Ce montant est indépendant des prestations versées le cas échéant dans le cadre des garanties "Indemnités Journalières Courtes" et/ou "Indemnités Journalières Longues" et/ou "Rente d'Invalidité".

8-15. La garantie optionnelle "Exonération du Paiement des Cotisations"

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral Médical et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin". Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie de base en cours de paiement de cotisations. Elle est réservée aux adhérents personnes physiques.

b/ Objet de la garantie :

La garantie "Exonération du Paiement des Cotisations" prévoit la prise en charge totale ou partielle des cotisations d'assurance par l'assureur si l'assuré est atteint, suite à une maladie ou un accident, d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente, dans les conditions décrites ci-après.

Si l'adhérent a opté pour l'actualisation des garanties, et sous réserve qu'il n'ait pas refusé cette actualisation la dernière fois qu'elle lui a été proposée, les cotisations d'assurance sont ajustées sur l'indice de référence dans la limite du fonds de revalorisation prévu à cet effet, pendant toutes les périodes où l'assureur les prend en charge.

EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

c/ Entrée en jeu de la garantie et montant de la prise en charge des cotisations d'assurance par l'assureur en cas d'incapacité temporaire totale de travail :

(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice)

Si l'assuré se trouve dans l'incapacité totale d'exercer sa profession, les cotisations d'assurance sont prises en charge par l'assureur à compter du 61^{ème} jour d'arrêt total de travail.

Toutefois, cette prise en charge est avancée à la date à laquelle commence le versement des "Indemnités Journalières" lorsque l'adhésion comporte cette garantie avec un délai de franchise inférieur à 60 jours.

d/ Durée et cessation de la prise en charge des cotisations d'assurance par l'assureur en cas d'incapacité temporaire totale de travail :

La prise en charge des cotisations d'assurance par l'assureur se poursuit au plus tard jusqu'au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail si l'assuré reste en incapacité temporaire totale de travail pendant toute cette période. Elle s'interrompt dès que l'assuré peut reprendre (même partiellement) son activité professionnelle. Cette prise en charge s'exerce jusqu'à la date de liquidation de la retraite quelle qu'en soit la cause ou de départ en préretraite de l'assuré et, au plus tard, à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint son 67^{ème} anniversaire.

EN CAS DE REPRISE PARTIELLE DU TRAVAIL APRÈS 3 MOIS CONTINUS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

e/ Entrée en jeu de la garantie et montant de la prise en charge des cotisations d'assurance par l'assureur en cas de reprise partielle du travail après 3 mois continus d'incapacité temporaire totale de travail :

(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice)

L'assuré admis à reprendre une activité professionnelle partielle après 3 mois continus d'incapacité temporaire totale ou sans conditions en cas d'affection de longue durée (ALD) pour le même motif, bénéficie d'une prise en charge des cotisations d'assurance par l'assureur égale à 50 % du montant de la cotisation.

f/ Durée et cessation de la prise en charge des cotisations d'assurance par l'assureur en cas de reprise partielle du travail :

Cette prise en charge s'exerce, pour un même événement accidentel ou une même maladie, au maximum pendant 6 mois et sous réserve que l'état de santé de l'assuré ne permette pas une reprise d'activité à temps plein.

Cette prise en charge cesse au plus tard à la date de liquidation de la retraite quelle qu'en soit la cause ou de départ en préretraite de l'assuré et, au plus tard, à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint son 67^{ème} anniversaire.

EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE

g/ Entrée en jeu de la prise en charge des cotisations d'assurance par l'assureur en cas d'invalidité permanente :

(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice)

La prise en charge des cotisations d'assurance par l'assureur au titre de cette garantie intervient au terme du 1095^{ème} jour d'incapacité temporaire totale de travail, mais aussi dès que la preuve de l'état d'invalidité permanente totale ou partielle est apportée. L'assureur dispense totalement ou partiellement l'assuré du règlement des cotisations d'assurance selon le taux d'invalidité reconnu par l'assureur. En cas d'invalidité partielle, le pourcentage de prise en charge des cotisations d'assurance par l'assureur est égal au taux d'indemnisation que déterminé à l'article 8-11 de la Notice.

h/ Montant de la prise en charge des cotisations d'assurance par l'assureur en cas d'invalidité permanente :

- Si l'assuré est atteint d'une invalidité permanente dont le taux "T" déterminé par l'assureur est supérieur ou égal à 66 %, les cotisations d'assurance sont prises en charge en totalité par l'assureur.
- Si l'assuré est atteint d'une invalidité permanente dont le taux "T" déterminé par l'assureur est supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 % (ou est supérieur ou égal à 16 % et inférieur à 66 % si l'option a été choisie), le pourcentage de cotisations d'assurance prises en charge par l'assureur au titre de la garantie "Exonération du Paiement des Cotisations" est calculé en fonction du taux d'invalidité "T", selon la formule "T"/66.
- Si l'assuré est atteint d'une invalidité permanente dont le taux "T" déterminé par l'assureur est inférieur à 33 % (ou 16 % si l'option a été choisie), l'intégralité des cotisations reste à la charge de l'assuré.

► ARTICLE 9 - Exclusions et dispositions spéciales

9-1. Risques exclus pour l'ensemble des garanties

- les conséquences des guerres civiles ou étrangères, rixes, insurrections sauf en cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel. Par guerre étrangère, on entend la guerre déclarée entre l'État français et un ou d'autres États, mais également les opérations militaires dans lesquelles l'Etat français pourrait se trouver impliqué, indépendamment de toute déclaration de guerre ;
- les conséquences résultant d'actes de terrorisme ou d'attentats dans lesquels l'assuré a pris une part active.

9-2. Risques exclus en cas de décès par maladie ou par accident

- le décès par suicide au cours de la première année suivant la date d'effet, ou la date d'augmentation des garanties, ou la date de remise en vigueur de l'adhésion. Après cette première année, le suicide est assuré normalement ;
- les garanties en cas de décès cessent d'avoir effet à l'égard du bénéficiaire qui a été condamné pour avoir volontairement donné la mort à l'assuré.

9-3. Risques exclus pour l'ensemble des garanties optionnelles et en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

- les conséquences des tentatives de suicide ou de mutilation volontaire ;
- les conséquences d'accidents survenant alors que l'assuré conduisait en état d'ivresse (taux d'alcoolémie égal ou supérieur à la réglementation en vigueur au jour de l'accident), quel que soit le moyen de transport ;
- les conséquences de l'usage de stupéfiants à des fins autres que médicales ;
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ainsi que les effets de la radiation provoquée par l'accélération artificielle des particules chargées électriquement ;
Les conséquences d'un dysfonctionnement ou d'une mauvaise manœuvre dans l'utilisation d'appareils de radiologie sont garanties s'ils se produisent à l'occasion d'un traitement médical auquel l'assuré est soumis ;
- les accidents, maladies, invalidités et infirmités survenus à l'occasion de l'exercice d'une profession différente de celle déclarée à l'assureur à l'adhésion ou ultérieurement ;
- les conséquences de la pratique de sports réalisés à titre professionnel ;

Sauf stipulations contraires et expresses mentionnées sur le certificat d'adhésion, sont exclues les conséquences de la pratique de sports, activités ou loisirs suivants, réalisés à titre amateur (à l'exception des baptêmes) :

- la compétition automobile, motocycliste, motonautique ou aéronautique ;
- le parachutisme (à l'exception du saut à ouverture automatique), le deltaplane, le parapente, l'ULM, le vol à voile ou le pilotage de tout autre aéronef, le saut à l'élastique ;
- la participation active à des démonstrations, matches, courses et compétitions ainsi que leurs essais préparatoires, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur ou d'animaux ;

- la participation active à des raids, acrobaties, cascades, défis, paris, et expéditions réalisées à titre scientifique ou non ;
- les disciplines équestres suivantes : chasse à course, concours complet, course attelée, endurance, endurance en attelage, hunter, polo, poursuite par équipe, saut d'obstacles.

9-4. Risques exclus pour les garanties "Indemnités Journalières", "Indemnités de Remboursement des Frais Professionnels", "Allocation Hospitalisation", "Exonération du Paiement des Cotisations"

- les arrêts de travail pour traitement de la stérilité ou pour procréation médicalement assistée ;
- les arrêts de travail en rapport avec des interventions de chirurgie esthétique, lorsque celles-ci ne sont pas motivées par des séquelles d'accident. Toutefois les garanties restent acquises lorsque l'intervention fait l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire de la Sécurité Sociale ;
- les conséquences de l'état de grossesse et de ses suites pendant les 6 semaines précédant l'accouchement et les 10 semaines lui succédant, la garantie étant acquise en dehors de la période ainsi définie, mais seulement en cas de complications pathologiques. La garantie "Allocation Hospitalisation" n'intervient pas lorsque l'assurée est hospitalisée pour l'accouchement.

9-5. Dispositions spéciales : modalités d'indemnisation en cas d'incapacité temporaire totale de travail et d'invalidité permanente résultant de pathologies disco-vertébrales

Pour l'application de la franchise, les cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, sciatiques et hernies discales, qu'elles soient d'origine médicale ou traumatique, ne sont pas considérées comme accidents, et sont donc indemnisées comme maladies.

Cette disposition ne concerne pas les traumatismes vertébraux ayant entraîné une fracture vertébrale ou une lésion de la moelle épinière.

9-6. Dispositions spéciales : modalités d'indemnisation en cas d'incapacité temporaire totale de travail et d'invalidité permanente résultant d'affections psychiques

Les maladies psychiques (dépressions nerveuses, schizophrénie, troubles mentaux organiques, troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles de la personnalité et du comportement, troubles de l'alimentation, syndrome d'épuisement professionnel ou burn out, fatigue chronique) ainsi que les fibromyalgies, quelle qu'en soit l'origine, sont indemnisées dès lors qu'elles donnent lieu à une hospitalisation continue de 8 jours minimum (soit 7 nuitées) en service, centre ou établissement spécialisé en psychiatrie. L'indemnisation débutera après application de la franchise choisie, franchise décomptée à compter du 1er jour d'hospitalisation.

9-7. Dispositions spéciales : modalités d'indemnisation en cas d'incapacité temporaire totale de travail résultant de la pratique de certains sports en amateur

En cas d'incapacité de travail consécutive à la pratique d'un des sports suivants en qualité d'amateur il sera fait application d'une franchise absolue de 90 jours, si la franchise choisie est inférieure :

l'aïkido, le hapkido, le jiu-jitsu, le karaté, le kick boxing, le kung-fu, le taekwondo, le viet-vo-dao, la savate, la lutte (quelle qu'elle soit), la boxe (quelle qu'elle soit), le catch, le rugby (quel qu'il soit) ainsi que les disciplines équestres suivantes : gymkhana, équifun, voltige, horse-ball, pentathlon moderne, ski-joëring, yoseikan-bajutsu, équitation western.

► ARTICLE 10 - Les prestations

Formalités à remplir pour obtenir le paiement des prestations

10-1. Déclarations et délais de forclusion

En ce qui concerne les garanties en cas d'invalidité ou de PTIA, il appartient à l'assuré, ou à ses ayants droit, de faire parvenir à l'assureur une déclaration dans les deux mois qui suivent la consolidation médicale de cet état.

Pour obtenir le versement des indemnités journalières ou la prise en charge des cotisations en cas d'incapacité temporaire totale, la déclaration de l'arrêt de travail doit être faite à l'adresse postale de l'assureur avant l'expiration de la période de franchise prévue pour ces garanties. De la même façon, toute prolongation d'arrêt de travail doit être déclarée à l'assureur avant la fin de la période qu'elle couvre, cette période ne pouvant dépasser un mois.

10-2. Pièces à fournir pour obtenir le règlement des prestations en cas de décès de l'assuré

En cas de décès de l'assuré, le règlement des prestations est effectué après la remise par le bénéficiaire des documents suivants :

- toute(s) pièce(s) ou document(s) officiel(s) réclamé(s) par l'assureur justifiant de l'identité du ou des bénéficiaire(s) ;
 - un extrait de l'acte de décès de l'assuré ;
 - le certificat d'adhésion original ;
 - tout document établissant si possible les causes exactes du décès ;
 - le cas échéant, l'attestation fiscale ad hoc permettant le règlement des capitaux décès ;
 - tous formulaires fournis par l'assureur pour la gestion des sinistres.
- En ce qui concerne les garanties "Rente Viagère", "Rente Éducation" et "Rente de Conjoint", devront également être adressées annuellement les pièces supplémentaires suivantes pour le paiement des rentes :
- certificat de vie de l'enfant, du conjoint ou de tout autre bénéficiaire, selon la garantie choisie ;
 - justification de la poursuite des études pour le versement de la rente éducation jusqu'au 28^{ème} anniversaire de l'enfant bénéficiaire.
 - une attestation du paiement de l'allocation d'éducation spéciale ou de l'allocation d'adulte handicapé prévue au Code de la Sécurité Sociale afin de bénéficier de la majoration prévue au titre de la garantie "Rente Education".

10-3. Pièces à fournir pour obtenir le règlement des prestations en cas de PTIA de l'assuré

En cas de PTIA affectant l'assuré, les pièces suivantes devront être transmises dans les 2 mois suivant la consolidation médicale de l'état de PTIA :

- toutes les pièces médicales et tous les documents administratifs attestant que l'assuré est définitivement incapable d'exercer la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit, et que son état l'oblige à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante ;
- un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ;
- tous formulaires fournis par l'assureur pour la gestion des sinistres.

10-4. Pièces à fournir pour obtenir le règlement des prestations en cas de décès ou de PTIA de l'assuré par accident

En plus des pièces demandées pour le règlement du capital décès toutes causes, le bénéficiaire doit apporter la preuve du fait accidentel et de son lien de cause à effet avec le décès de l'assuré. Il devra de ce fait joindre à sa demande :

- la copie du procès verbal de gendarmerie, s'il en a été établi un ;
- un certificat médical précisant la nature des lésions corporelles responsables du décès ou de la PTIA ;
- tous formulaires ou documents demandés et ou fournis par l'assureur en vue de la gestion du sinistre.

L'assureur se réserve le droit de demander au bénéficiaire toute pièce complémentaire permettant d'apporter la preuve du caractère accidentel du décès ou de la PTIA.

10-5. Pièces à fournir pour obtenir le règlement des prestations liées à l'invalidité permanente et à l'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré

En cas d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente, l'assuré doit fournir :

- un certificat médical de son médecin traitant précisant le motif et la durée de son arrêt de travail ;
 - les bordereaux de paiement en espèces émanant de l'organisme de régime obligatoire et facultatif auquel il est affilié ou tous documents administratifs ou médicaux pouvant attester d'une cessation temporaire ou définitive d'activité ;
 - les déclarations fiscales ou avis d'imposition des deux années précédant l'événement pour toute indemnité journalière ou rente d'invalidité en mode indemnitaire ;
 - un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ;
 - tous formulaires fournis par l'assureur pour la gestion des sinistres.
- Les prolongations sont admises pour une durée d'un mois au maximum.

10-6. Pièces à fournir pour obtenir le règlement des prestations liées à la garantie "Allocation Enfant Hospitalisé"

Pour obtenir le règlement de cette allocation, l'assuré doit fournir à l'assureur :

- un bulletin d'hospitalisation (à domicile ou en hôpital) de l'enfant de l'assuré ; Les bulletins de situation d'hospitalisation à domicile doivent être délivrés par un établissement hospitalier agréé chargé de gérer l'hospitalisation à domicile.
- une copie du livret de famille ;
- une déclaration sur l'honneur de l'assuré justifiant que l'enfant est fiscalement à sa charge.

Dans les deux cas, le dépassement de ces délais pourrait entraîner l'annulation du droit à prestations pour la période précédant la date d'envoi des justificatifs.

10-7. Pièces à fournir pour obtenir le règlement des prestations liées à la garantie "Allocation Hospitalisation"

Pour obtenir le règlement des allocations journalières en cas d'hospitalisation, le bulletin de situation délivré par l'hôpital, la clinique, ou l'établissement d'hospitalisation à domicile, devra être transmis à l'assureur, ainsi qu'un certificat médical indiquant le motif de l'hospitalisation.

10-8. Contrôle - Expertise

Préalablement à tout règlement de prestations ou prise en charge des cotisations effectué au titre des garanties incapacité temporaire de travail, perte totale et Irréversible d'autonomie, invalidité permanente et exonération du paiement des cotisations d'assurance, l'assureur se réserve le droit de soumettre, à ses frais, l'assuré à une expertise médicale auprès d'un médecin désigné par l'assureur en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à la Réunion ou en principauté de Monaco. En cas de PTIA, les expertises diligentées par l'assureur pourront également être effectuées en Polynésie française ou en Nouvelle-Calédonie. Les frais de déplacement de l'assuré resteront à la charge de celui-ci.

Si l'assuré, en raison de son état de santé, ne peut se déplacer, le médecin désigné devra avoir libre accès auprès de l'assuré afin de l'examiner.

En cas de désaccord entre les médecins de l'assuré et de l'assureur sur l'état de santé de l'assuré, il pourra être procédé à un arbitrage après accord des parties. L'assureur proposera une liste de trois médecins experts, dans laquelle l'assuré choisira lui-même celui qui arbitrera son dossier. Les honoraires du médecin arbitre seront supportés pour moitié par l'assuré, et pour l'autre moitié par l'assureur.

Sauf si celle-ci est justifiée, toute opposition à ce droit de contrôle entraîne la cessation de la garantie et des prestations en cours.

Cette expertise arbitrale est la dernière phase amiable, les parties pouvant en cas de désaccord saisir le juge en vue de la désignation d'un expert judiciaire.

ARTICLE 11 - Les droits qui protègent l'assuré

11-1 Droit de renonciation

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que son adhésion est conclue. L'adhésion au contrat est conclue à la date d'encaissement de la 1^{ère} cotisation.

Ce délai expire le dernier jour à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception envoyée à l'adresse postale de l'assureur, rédigée par exemple selon le modèle suivant :

"Je soussigné(e), déclare renoncer à mon adhésion au(x) contrat(s) Aviva Senséo Prévoyance Libéral et/ou Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin" N°..... et demande à recevoir le remboursement total des sommes versées dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la présente lettre".
(Date) (Signature)

A compter de l'envoi de cette lettre, l'adhésion prend fin. Le défaut de remise des documents et informations prévus à l'article L 132-5-2 du Code des assurances entraîne de plein droit la prorogation du délai de renonciation prévu à l'article L 132-5-1, jusqu'au 30^{ème} jour calendaire révolu suivant la date de remise effective de ces documents, dans la limite de 8 ans à compter de la date où l'adhérent est informé que l'adhésion est conclue.

11-2. Protection des données à caractère personnel : Loi Informatique et Libertés

Les informations personnelles recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à Aviva Vie de procéder à la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance. Elles sont à l'usage de l'assureur, ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels, partenaires, prestataires éventuellement situés en dehors de l'Union Européenne et, le cas échéant, des autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires en vigueur. Conformément

à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'adhérent et l'assuré bénéficient d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux données qui les concernent dans les conditions et limites prévues par les articles 38, 39 et 40 de la loi précitée. Pour cela, il suffit d'écrire à Aviva Vie - Service Réclamations VIRIC - 70 avenue de l'Europe - 92273 Bois-Colombes Cedex.

Sur simple demande, l'adhérent et l'assuré peuvent obtenir plus d'informations sur le transfert de données à l'étranger. Par ailleurs, sauf opposition de leur part, ces informations pourront être transmises aux entités du groupe Aviva France et à leurs partenaires à des fins de prospection commerciale.

Les informations médicales mentionnées sur le questionnaire de santé sont, quant à elles, à l'usage exclusif du Médecin Conseil de l'assureur et, le cas échéant, du réassureur. Ces données médicales peuvent donner lieu à l'exercice d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes auprès du Médecin Conseil du service médical de l'assureur en écrivant un courrier à l'attention du Médecin Conseil - Aviva Vie - VGED - 70 avenue de l'Europe - 92273 Bois-Colombes Cedex.

11-3 Droit d'information

L'adhérent recevra chaque année un bilan sur lequel figureront notamment le montant actualisé des garanties ainsi que le détail des cotisations.

11-4 Recours en cas de litige

Toute réclamation concernant le présent contrat doit être adressée à l'assureur, Aviva Vie - Service Réclamations, 70 avenue de l'Europe - 92273 Bois-Colombes Cedex. Aviva Vie en accuse réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). Le délai de réponse maximal est de 2 mois à compter de la réception de la réclamation. En cas de désaccord sur la réponse donnée et si toutes les voies de recours internes ont été épuisées, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA) dont les coordonnées lui seront communiquées par l'Assureur sur simple demande. Le recours à l'avis du Médiateur est ouvert aux particuliers et est gratuit.

11-5 Organisme de contrôle

L'assureur est contrôlé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Les éventuels différends peuvent être portés devant l'ACPR - 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09 www.acpr.banque-france.fr

11-6 Prescription

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter :

- 1 - de l'événement qui y donne naissance,
- 2 - ou, en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du jour où l'assureur en a eu connaissance,
- 3 - ou, en cas de sinistre, du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là, sauf en cas d'application des dispositions particulières aux départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle prévues à l'article L192-1 du Code des assurances portant ce délai de deux ans à cinq ans en matière d'assurance sur la vie.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent et dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

En tout état de cause, pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Par ailleurs, l'article L 114-2 du Code des assurances précise que "la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre".

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

11-7 Fiscalité

Les prestations servies au titre des contrats Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin" sont soumises à la réglementation fiscale en vigueur en France.

Note d'information

Aviva Senséo Prévoyance Libéral

► I. CARACTÉRISTIQUES DES CONTRATS

Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin" sont deux contrats collectifs d'assurance à adhésion facultative régis par le Code des assurances : branches 20 (vie - décès), 1 (accident) et 2 (maladie) définies à l'article R 321-1 du Code des assurances. Ils sont souscrits auprès d'Aviva Vie (Siège social : 70, avenue de l'Europe - 92273 Bois-Colombes Cedex), ci-après dénommé l'assureur, par l'ADER (Association pour le Développement de l'Épargne pour la Retraite) - 24-26 rue Pépinière – 75008 Paris.

L'objet des contrats Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin" est de permettre aux personnes exerçant une profession libérale (hors professions médicales et paramédicales), moyennant le paiement de cotisations, de renforcer leur protection en matière de prévoyance en adhérant à des garanties venant compléter les prestations des régimes obligatoires complémentaires et ou facultatifs.

Ces contrats prévoient également les services et prestations d'assistance présentés dans l'annexe N° 1003- 0211- A85 "Convention d'Assistance". La convention d'assistance est un contrat d'assurance relevant de la branche 18 (assistance) définie à l'article R.321-1 du Code des assurances. Les prestations de la convention d'assistance souscrites par Aviva Vie auprès d'Aviva Assurances sont mises en œuvre par le service Aviva Assistance.

Ces prestations d'assistance ne s'appliquent qu'en France métropolitaine et à Monaco et exclusivement aux personnes qui y résident.

Le contrat est constitué par la Notice, la convention d'assistance, la présente Note d'information et le certificat d'adhésion.

► II. DÉFINITIONS CONTRACTUELLES DES GARANTIES

II.1 Couverture provisoire en cas de décès accidentel (sous réserve des exclusions contractuelles visées à l'article 9 de la Notice)

Le candidat à l'assurance qui a choisi une garantie de base en cas de décès ou de PTIA, peut bénéficier d'une couverture provisoire en cas de décès par accident s'il joint à sa demande d'adhésion un relevé d'identité bancaire, accompagné d'un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé. Bien que cet envoi ne vaille pas acceptation par l'assureur (article L112-2 du Code des assurances), le candidat à l'assurance bénéficie d'une couverture immédiate en cas de décès par accident. La couverture cesse au plus tôt à la date d'acceptation de l'adhésion par l'assureur ou à la date de notification des conditions particulières d'acceptation par l'assureur et au plus tard au terme d'un délai maximum de 45 jours, à compter de la date de signature de la demande d'adhésion. Le capital garanti au titre de cette couverture provisoire est égal au montant du capital décès assuré figurant sur la demande d'adhésion plafonné à 80 000€.

Cette couverture est acquise lorsque le décès survient en France ou dans l'un des pays suivants : les pays de l'Union Européenne, l'Islande, la Norvège, la Suisse, la principauté de Monaco, Andorre, l'Amérique du Nord, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, Hong Kong et Singapour.

Cette couverture est également acquise lorsque le décès du candidat à l'assurance survient dans les autres pays du monde entier alors que ce dernier s'y trouvait pour des raisons touristiques pendant la période de la couverture provisoire.

Cette couverture n'est pas applicable dans les cas suivants :

- si le candidat à l'assurance choisit de différer la prise d'effet de ses garanties à une date ultérieure du lendemain de la date de signature de la demande d'adhésion,
- si le décès du candidat à l'assurance :
 - est consécutif à la pratique des sports : subaquatiques, de montagne, de glisse, motorisés, aériens, de l'extrême, de combat.

II.2 Les garanties proposées

Sous réserve d'acceptation du risque par l'assureur, les contrats Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin" prévoient des garanties de base, ainsi que des garanties optionnelles. Le candidat à l'assurance doit à minima choisir une des 5 garanties de base. Il peut choisir parmi les 4 garanties de base en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. Lorsque le candidat à l'assurance ne souhaite pas s'assurer en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), il doit choisir obligatoirement, comme garantie de base : le "Capital Invalidité Totale".

Les garanties de base

Les 4 garanties de base en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) :

- "Capital Décès" en cas de décès ou de PTIA de l'assuré
- "Rente Viagère" en cas de décès ou de PTIA de l'assuré
- "Rente de Conjoint" en cas de décès ou de PTIA de l'assuré
- "Rente Education" en cas de décès ou de PTIA de l'assuré

Ces garanties peuvent être choisies seules ou combinées entre elles.

La garantie de base en cas d'invalidité permanente totale :

- "Capital Invalidité Totale" en cas d'invalidité permanente totale de l'assuré

A ces garanties de base peuvent venir s'ajouter des garanties optionnelles.

Les garanties optionnelles

Les garanties optionnelles en complément de la (ou des) garantie(s) de base en cas de décès ou PTIA :

- "Capital Supplémentaire en cas de Décès Accidentel" de l'assuré
- "Rente Viagère Supplémentaire en cas de Décès Accidentel" de l'assuré
- "Indemnités Journalières Courtes" et "Indemnités Journalières Longues" en cas d'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré
- "Allocation Enfant Hospitalisé" en cas d'hospitalisation d'un enfant de l'assuré
- "Rente d'Invalidité" en cas d'invalidité permanente partielle ou totale de l'assuré
- "Capital Confort Invalidité" en cas d'invalidité permanente totale ou partielle de l'assuré
- "Indemnités de Remboursement des Frais Professionnels" en cas d'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré
- "Allocation Hospitalisation" en cas d'hospitalisation de l'assuré
- "Exonération du paiement des cotisations".

Les garanties optionnelles en complément de la garantie de base "Capital Invalidité Totale" :

- "Indemnités Journalières Courtes" et "Indemnités Journalières Longues" en cas d'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré
- "Allocation Enfant Hospitalisé" en cas d'hospitalisation d'un enfant de l'assuré
- "Rente d'Invalidité" en cas d'invalidité permanente partielle ou totale de l'assuré
- "Indemnités de Remboursement des Frais Professionnels" en cas d'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré
- "Allocation Hospitalisation" en cas d'hospitalisation de l'assuré
- "Exonération du paiement des cotisations".

Les garanties de base

II.2-1 La garantie de base "Capital Décès"

a/ Condition d'adhésion à la garantie :

Cette garantie peut être souscrite exclusivement dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral.

b/ Objet de la garantie :

DÉCÈS

(sous réserve des exclusions visées à l'article 9 de la Notice)

En cas de décès de l'assuré, il est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) le capital garanti dont le montant est indiqué sur le certificat d'adhésion. Ce capital sera versé dans les 30 jours qui suivent la réception des pièces nécessaires au règlement des prestations (voir article 10-2 de la Notice).

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

(sous réserve des délais d'attente et des exclusions visés aux articles 4.6 et 9 de la Notice)

Si l'assuré est reconnu en état de PTIA (cf lexique), il lui sera versé, par anticipation, le capital décès porté sur le certificat d'adhésion. Ce capital sera versé dans les 30 jours qui suivent la reconnaissance de cet état par l'assureur sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (cf article 10-3 de la Notice).

DOUBLE EFFET CONJOINT : Si, simultanément au décès, ou après le décès ou la PTIA de l'assuré, le conjoint de celui-ci décède avant son 80^{ème} anniversaire, ou est atteint de PTIA avant son 67^{ème} anniversaire, il est versé un capital supplémentaire aux enfants fiscalement à charge, réparti entre eux par parts égales. Ce capital supplémentaire est égal au capital en cas de décès porté sur le certificat d'adhésion, dans la limite de 150 000 Euros. Par "enfants fiscalement à charge", on entend ici les enfants qui étaient fiscalement à la charge de l'assuré au moment de son décès, et qui sont toujours à la charge du conjoint lors du décès de ce dernier.

AJUSTEMENTS ÉVÉNEMENTS FAMILIAUX : Afin d'ajuster la couverture en cas de décès à l'évolution des besoins de la famille de l'assuré, le capital décès peut être augmenté de 30 % (dans la limite totale de 150 000 Euros pour toute la durée de l'adhésion), selon le tarif en vigueur à la date de la demande, sans formalités médicales, dans les trois mois qui suivent l'un des événements suivants : mariage de l'assuré, naissance d'un enfant de l'assuré, début des études supérieures des enfants de l'assuré, décès du conjoint de l'assuré, achat d'une résidence principale par l'assuré en vue d'y résider, et ce sous réserve de la remise des pièces justificatives.

II.2-2 La garantie de base "Rente Viagère"

a/ Condition d'adhésion à la garantie :

Cette garantie peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin".

b/ Objet de la garantie :

DÉCÈS

(sous réserve des exclusions visées à l'article 9 de la Notice)

En cas de décès de l'assuré, il est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) une rente viagère. Le montant du capital constitutif de la rente est indiqué sur le certificat d'adhésion.

Le montant de la rente sera calculé en fonction de ce capital, de l'âge du bénéficiaire et du taux de rente en vigueur au moment du versement de la rente. La première échéance de rente est versée dès la fin du trimestre civil suivant le décès de l'assuré, sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (cf article 10-2 de la Notice).

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

(sous réserve des délais d'attente et des exclusions visés aux articles 4.6 et 9 de la Notice)

Si l'assuré est reconnu en état de PTIA, il lui sera versé, par anticipation, la rente assurée. La première échéance de la rente est versée dès la fin du trimestre civil suivant la reconnaissance par l'assureur de l'état de PTIA de l'assuré, sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (voir article 10-3 de la Notice).

AJUSTEMENTS ÉVÉNEMENTS FAMILIAUX : Afin d'ajuster la couverture en cas de décès à l'évolution des besoins de la famille de l'assuré, le capital constitutif de la rente viagère peut être augmenté de 30 % (dans la limite totale de 150 000 Euros pour toute la durée de l'adhésion), selon le tarif en vigueur à la date de la demande, sans formalités médicales, dans les trois mois qui suivent l'un des événements suivants : mariage de l'assuré, naissance d'un enfant de l'assuré, début des études supérieures des enfants de l'assuré, décès du conjoint de l'assuré, achat d'une résidence principale par l'assuré en vue d'y résider et ce sous réserve de la remise des pièces justificatives.

II.2-3 La garantie de base "Rente de Conjoint"

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin".

Cette garantie ne peut être accordée que si l'âge du candidat à l'assurance n'excède pas de plus de 15 ans celui du conjoint bénéficiaire.

b/ Objet de la garantie :

DÉCÈS - PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

(sous réserve des délais d'attente et des exclusions visés aux articles 4.6 et 9 de la Notice)

En cas de décès ou de PTIA de l'assuré, il sera versé à son conjoint une rente annuelle. Le montant annuel de la rente assurée est indiqué sur le certificat d'adhésion.

c/ Modalités d'indemnisation :

Cette rente est versée pendant toute la vie du conjoint survivant, trimestriellement à terme échu. La première échéance de la rente est versée dès la fin du trimestre civil suivant le décès de l'assuré ou la reconnaissance par l'assureur de l'état de PTIA de l'assuré, sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (cf articles 10-2 et 10-3 de la Notice).

II.2-4 La garantie de base "Rente Education"

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin".

Cette garantie ne peut être accordée que si l'écart d'âge entre le candidat à l'assurance et le(s) enfant(s) bénéficiaire(s) n'excède pas 50 ans.

b/ Objet de la garantie :

DÉCÈS - PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

(sous réserve des délais d'attente et des exclusions visés aux articles 4.6 et 9 de la Notice)

En cas de décès ou de PTIA de l'assuré, une rente éducation temporaire est versée au(x) enfant(s) bénéficiaire(s). Le montant de la rente garantie figure sur le certificat d'adhésion.

c/ Modalités d'indemnisation :

Cette rente prend effet, à partir du jour du décès de l'assuré ou du jour de reconnaissance par l'assureur de l'état de PTIA de l'assuré, sous réserve que l'enfant soit en vie au jour du sinistre. Elle est servie trimestriellement à terme échu jusqu'au 18^{ème} anniversaire de l'enfant bénéficiaire, ou s'il poursuit ses études, au plus tard jusqu'à son 28^{ème} anniversaire.

La première échéance de la rente est versée, dès la fin du trimestre civil suivant le décès de l'assuré ou la reconnaissance par l'assureur de l'état de PTIA de l'assuré, sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (cf articles 10-2 et 10-3 de la Notice).

d/ Options disponibles

Deux options au choix sont proposées :

OPTION A - RENTE LINÉAIRE : La rente n'augmente pas en fonction de l'âge de l'enfant bénéficiaire.

OPTION B - RENTE CROISSANTE : Le montant de la rente augmente en fonction de l'âge de l'enfant bénéficiaire :

- à partir du 12^{ème} anniversaire de l'enfant, la rente initiale est augmentée de moitié ;
- à partir de son 18^{ème} anniversaire, la rente initiale est doublée.

L'option choisie figure sur le certificat d'adhésion.

Lors de l'entrée en service de la rente, quelle que soit l'option choisie, si l'enfant bénéficiaire est handicapé (cf lexique), le montant de la rente due est alors majoré de 15 %.

II.2-5 La garantie de base "Capital Invalidité Totale"

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie de base peut être souscrite exclusivement dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral. Cette garantie doit être souscrite uniquement si l'assuré ne souhaite pas être couvert en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

b/ Objet de la garantie :

En cas d'invalidité permanente totale supérieure ou égale à 66 %, l'assuré perçoit un "Capital Invalidité Totale".

c/ Entrée en jeu de la garantie :

(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la Notice)

Le capital garanti est versé à l'assuré s'il apporte la preuve qu'il se trouve par suite de maladie ou d'accident en état d'invalidité permanente totale justifiant d'un taux d'invalidité au moins égal à 66 %.

La garantie doit entrer en jeu avant la date de départ à la retraite ou préretraite et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint son 67^{ème} anniversaire.

Le capital est réglé au plus tard dans les 30 jours qui suivent la reconnaissance par l'assureur de cet état d'invalidité permanente totale sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (voir article 10-5 de la Notice).

Le règlement intervient sur la base du capital garanti au moment de la reconnaissance par l'assureur de l'état d'invalidité permanente totale. Ce capital est versé en totalité. Le règlement du capital met fin à la présente garantie et à la présente adhésion. Toutefois, si l'assuré a également souscrit la garantie "Rente d'Invalidité", le paiement de la rente d'invalidité dont pourrait bénéficier l'assuré sera poursuivi jusqu'au terme contractuellement prévu.

d/ Détermination du taux d'invalidité :

Le taux d'invalidité est déterminé selon les dispositions figurant à l'article 8-11 d/ de la Notice.

II.2-6 La garantie optionnelle "Capital Supplémentaire en cas de Décès Accidentel"

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie peut être souscrite exclusivement dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral.

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie "Capital Décès" décrite à l'article 8-1.

b/ Objet de la garantie :

(sous réserve des exclusions visées à l'article 9 de la Notice)

En cas de décès ou de PTIA de l'assuré survenant dans les 12 mois suivant un accident (cf lexique), et à condition que le décès ou la PTIA en soit la conséquence directe, un capital supplémentaire est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès et vient s'ajouter au montant versé au titre de la garantie "Capital Décès".

Si l'assuré est reconnu en état de PTIA suite à un accident (cf lexique), il lui sera versé, par anticipation, le capital supplémentaire prévu en cas de décès accidentel. Ce capital sera versé dans les 30 jours qui suivent la reconnaissance de cet état par l'assureur sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (voir articles 10-2,3 et 4 de la Notice).

c/ Montant assuré :

Ce capital supplémentaire est limité au montant du capital décès, sans pouvoir excéder 3 000 000 d'Euros y compris la prestation due au titre de l'article 8-7 de la Notice, le cas échéant.

II.2-7 La garantie optionnelle "Rente Viagère Supplémentaire en cas de Décès Accidentel"

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin".

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie "Rente Viagère" décrite à l'article 8-2.

b/ Objet de la garantie :

(sous réserve des exclusions visées à l'article 9 de la Notice)

En cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) (cf lexique) de l'assuré survenant dans les 12 mois suivant un accident (cf lexique) et à condition que le décès ou la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) en soit la conséquence directe, le capital constitutif prévu au titre de la garantie de base "Rente Viagère" sera majoré du capital constitutif prévu au titre de la garantie optionnelle "Rente Viagère Supplémentaire en cas de Décès Accidentel".

Les bénéficiaires de la prestation due au titre de la présente garantie sont identiques à ceux de la garantie de base "Rente Viagère".

c/ Montant assuré :

Ce capital constitutif supplémentaire est limité au montant du capital décès, sans pouvoir excéder 3 000 000 d'Euros, y compris la prestation due au titre de l'article 8-6 de la Notice, le cas échéant.

II.2-8 La garantie optionnelle "Indemnités Journalières Courtes"

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin".

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie de base en cours de paiement de cotisations.

Cette garantie ne peut pas être souscrite sans la garantie "Indemnités Journalières Longues".

b/ Objet de la garantie :

Si l'assuré, par suite d'une maladie ou d'un accident, se trouve en incapacité temporaire totale de travail (cf lexique), il perçoit une indemnité journalière.

c/ Détermination du montant assuré à l'adhésion : assiette et limitations :

La garantie "Indemnités Journalières Courtes" souscrite par l'assuré ne doit pas lui permettre de percevoir un revenu supérieur à son revenu professionnel imposable, figurant sur sa dernière déclaration fiscale ou bien correspondant à la moyenne des revenus déclarés au cours des 3 dernières années, en tenant compte des prestations de même nature prévues par tout autre régime de prévoyance obligatoire, complémentaire et/ou facultatif.

En cas de baisse des revenus ou d'augmentation des revenus en cours d'adhésion, il appartient à l'assuré de prendre contact avec l'assureur pour lui demander un réajustement de ses garanties.

d/ Entrée en jeu de la garantie :

(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la Notice)

"Les Indemnités Journalières Courtes" sont versées, pendant une période décomptée à partir de l'expiration du délai de franchise indiqué sur le certificat d'adhésion.

En cas d'hospitalisation continue de plus de 3 jours (3 nuitées), si l'assuré a choisi la franchise hospitalisation de 3 jours, l'indemnité journalière est versée à compter du 4^{ème} jour d'hospitalisation, la franchise hospitalisation se substituant alors à la franchise maladie.

En cas d'accident, si l'assuré a choisi la franchise accident de 0 ou 3 jours, la période d'indemnisation de l'incapacité temporaire totale de travail commence respectivement à compter du 1^{er} jour ou 4^{ème} jour de l'arrêt de travail. Cet arrêt de travail doit intervenir respectivement le lendemain ou dans les 3 jours qui suivent l'accident. Dans le cas contraire, c'est la franchise maladie qui s'applique.

e/ Durée d'indemnisation :

"Les Indemnités Journalières Courtes" sont versées, jusqu'au 90^{ème} jour d'arrêt de travail, franchise incluse.

Le total des "Indemnités Journalières Courtes" et des "Indemnités Journalières Longues" qui seront versées pour une même maladie ou un même accident ne peut excéder 1095 jours d'arrêt de travail franchises incluses en un ou plusieurs arrêts.

f/ Montant de l'indemnité journalière versée :

Le montant garanti de l'indemnité journalière est indiqué sur le certificat d'adhésion. Le versement sera effectué conformément à l'option choisie et sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (voir article 10-5 de la Notice).

• "INDEMNITÉS JOURNALIÈRES COURTES" :

OPTION MODE INDEMNITAIRE

Le montant de la prestation versée est déterminé à partir des revenus de l'assuré déclarés à l'administration fiscale, déduction faite des prestations de même nature servies au titre des régimes obligatoires, complémentaires et/ou facultatifs et dans la limite du montant assuré. Les prestations en cas d'incapacité de travail versées en couverture d'un emprunt ne sont pas prises en compte.

En cas de baisse des revenus, les prestations versées seront plafonnées en application des règles énoncées ci-avant, les cotisations restant acquises à l'assureur.

• "INDEMNITÉS JOURNALIÈRES COURTES" :

OPTION MODE FORFAITAIRE

Le montant de la prestation versée est égal au montant assuré.

g/ Modalités de versement des indemnités journalières :

Les indemnités sont versées mensuellement, à terme échu.

h/ Cessation de versement des indemnités journalières :

Le service de ces indemnités s'interrompt dès que l'assuré peut reprendre, même partiellement son activité professionnelle. Par ailleurs, il se termine à la date de liquidation de la retraite quelle qu'en soit la cause ou de départ en préretraite de l'assuré, et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint son 67^{ème} anniversaire.

i/ Changement d'option :

Le mode choisi (indemnitaire ou forfaitaire) s'applique sur les indemnités journalières courtes et ou longues et sur la rente d'invalidité. Toute demande de changement d'option en cours d'adhésion s'applique systématiquement sur les deux types d'indemnités et sur la rente d'invalidité lorsque ces garanties sont souscrites.

Toute demande de changement d'option vers un mode forfaitaire en cours d'adhésion est subordonnée à des formalités médicales et à une nouvelle acceptation médicale et financière le cas échéant, de l'assureur. Toute demande de changement d'option d'un mode indemnitaire vers un mode forfaitaire doit être effectuée avant 60 ans. Cette demande doit être formulée par l'adhérent dans les 3 mois qui précèdent la date anniversaire de son adhésion en adressant une lettre recommandée avec avis de réception au siège social de l'assureur. La modification, une fois acceptée par l'assureur, prend effet à la date anniversaire de l'adhésion.

j/ Cas des créateurs :

Le mode forfaitaire est obligatoire pendant les deux premières années de l'adhésion, pour tout assuré ayant moins de deux années d'exercice professionnel lors de son adhésion. Passé le délai de deux ans, l'assuré pourra demander à passer en "mode indemnitaire". A défaut de demande de la part de l'assuré, le système forfaitaire reste applicable.

Toute demande de changement d'option vers un mode indemnitaire doit être réalisée par l'assuré, dans les 3 mois qui précèdent la date anniversaire de son adhésion en adressant une demande par envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception au siège social de l'assureur. La modification prend effet à la date anniversaire de l'adhésion.

k/ Non cumul de prestations :

Les prestations versées au titre de la garantie "Indemnités Journalières Courtes" ne peuvent en aucun cas, se cumuler aux prestations versées au titre des garanties "Rente d'Invalidité", "Indemnités Journalières Longues" et "Allocation Enfant Hospitalisé".

l/ Rechute après reprise de travail :

Si la rechute survient moins de 2 mois après la reprise du travail, l'indemnisation reprendra au 1^{er} jour du nouvel arrêt, à la condition que celui-ci soit lié au même motif que le précédent.

Si la rechute intervient plus de deux mois après la reprise du travail, l'indemnisation reprendra après expiration du délai de franchise prévu. Toutefois, si l'assuré est atteint d'une affection de longue durée pour le même motif, il ne sera pas fait application de la franchise.

Si le nouvel arrêt de travail est lié aux suites ou séquelles d'un accident déjà indemnisé, c'est la franchise choisie en cas de maladie qui sera appliquée. La franchise accident ne s'applique qu'une seule fois pour un même accident.

OPTION PROLONGATION DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES COURTES AU-DELÀ DE 67 ANS

m/ Conditions d'adhésion à l'option :

Cette option peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin".

Cette option ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie de base "Capital Décès" et /ou "Rente Viagère", et de la garantie "Indemnités Journalières Courtes" en cours de paiement de cotisations.

n/ Objet de l'option :

(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la Notice)

Si l'assuré, par suite d'une maladie ou d'un accident, se trouve après 67 ans en incapacité temporaire totale de travail, il perçoit une indemnité journalière correspondant à 50 % du montant de l'indemnité journalière courte garantie. Cette option permet de prolonger la couverture au-delà du 67^{ème} anniversaire de l'assuré en maintenant le mode forfaitaire ou indemnitaire précédemment choisi.

o/ Durée d'indemnisation :

Les indemnités journalières courtes sont versées, jusqu'au 90^{ème} jour d'arrêt de travail, franchise incluse.

Le total des "Indemnités Journalières Courtes" et des "Indemnités Journalières Longues" qui seront versées pour une même maladie ou un même accident ne peut excéder 1095 jours d'arrêt de travail franchises incluses en un ou plusieurs arrêts (les arrêts prescrits avant et après les 67 ans de l'assuré se cumulent).

p/ Cessation de versement des indemnités journalières :

Le service de ces indemnités s'interrompt dès que l'assuré peut reprendre, même partiellement, son activité professionnelle. Par ailleurs, il se termine à la date de liquidation de la retraite quelle qu'en soit la cause et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint son 70^{ème} anniversaire.

II.2-9 La garantie optionnelle "Indemnités Journalières Longues"

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie peut-être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin".

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie de base en cours de paiement de cotisations.

b/ Objet de la garantie :

Si l'assuré, par suite d'une maladie ou d'un accident, se trouve en incapacité temporaire totale de travail, il perçoit une indemnité journalière.

c/ Détermination du montant assuré à l'adhésion : assiette et limitations :

La garantie "Indemnités Journalières Longues" souscrite par l'assuré ne doit pas lui permettre de percevoir un revenu supérieur à son revenu professionnel imposable, figurant sur sa dernière déclaration fiscale ou bien correspondant à la moyenne des revenus déclarés au cours des 3 dernières années, en tenant compte des prestations de même nature prévues par tout autre régime de prévoyance obligatoire, complémentaire et/ou facultatif.

En cas de baisse des revenus ou d'augmentation des revenus en cours d'adhésion, il appartient à l'assuré de prendre contact avec l'assureur pour lui demander un réajustement de ses garanties.

d/ Entrée en jeu de la garantie :

(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la Notice)

"Les Indemnités Journalières Longues" sont versées pendant une période décomptée à partir de l'expiration du délai de franchise indiqué sur le certificat d'adhésion.

La souscription de la garantie "Indemnités Journalières Longues" impose une franchise supérieure ou égale à 90 jours lorsqu'elle se cumule avec la souscription de la garantie "Indemnités Journalières Courtes".

En cas d'hospitalisation continue de plus de 3 jours (3 nuitées), si l'assuré a choisi la franchise hospitalisation de 3 jours, l'indemnité journalière est versée à compter du 4^{ème} jour d'hospitalisation, la franchise hospitalisation se substituant alors à la franchise maladie.

En cas d'accident, si l'assuré a choisi la franchise accident de 0 ou 3 jours, la période d'indemnisation de l'incapacité temporaire totale de travail commence respectivement à compter du 1^{er} jour ou 4^{ème} jour de l'arrêt de travail. Cet arrêt de travail doit intervenir respectivement le lendemain ou dans les 3 jours qui suivent l'accident. Dans le cas contraire, c'est la franchise maladie qui s'applique.

e/ Durée d'indemnisation :

"Les Indemnités Journalières Longues" sont versées, au plus tard jusqu'au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail franchise incluse.

Le total des "Indemnités Journalières Courtes" et des "Indemnités Journalières Longues" qui seront versées pour une même maladie ou un même accident ne peut excéder 1095 jours d'arrêt de travail franchises incluses en un ou plusieurs arrêts.

f/ Montant de l'indemnité journalière versée :

Le montant garanti de l'indemnité journalière est indiqué sur le certificat d'adhésion. Le versement sera effectué conformément à l'option choisie et sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (voir article 10-5 de la Notice).

• "INDEMNITÉS JOURNALIÈRES LONGUES" : OPTION MODE INDEMNITAIRE

Le montant de la prestation versée est déterminé à partir des revenus de l'assuré déclarés à l'administration fiscale, déduction faite des prestations de même nature servies au titre des régimes obligatoires, complémentaires et/ou facultatifs et dans la limite du montant assuré. Les prestations en cas d'incapacité de travail versées en couverture d'un emprunt ne sont pas prises en compte.

En cas de baisse des revenus, les prestations versées seront plafonnées en application des règles énoncées ci-avant, les cotisations restant acquises à l'assureur.

• "INDEMNITÉS JOURNALIÈRES LONGUES" : OPTION MODE FORFAITAIRE

Le montant de la prestation versée est égal au montant assuré.

g/ Modalités de versement des indemnités journalières :

Les indemnités sont versées mensuellement, à terme échu.

h/ Cessation de versement des indemnités journalières :

Le service de ces indemnités s'interrompt dès que l'assuré peut reprendre, même partiellement son activité professionnelle. Par ailleurs, il se termine à la date de liquidation de la retraite quelle qu'en soit la cause ou de départ en préretraite de l'assuré, et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint son 67^{ème} anniversaire.

i/ Changement d'option :

Le mode choisi (indemnitaire ou forfaitaire) s'applique sur les indemnités journalières courtes et ou longues et sur la rente d'invalidité. Toute demande de changement d'option en cours d'adhésion s'applique systématiquement sur les deux types d'indemnités et sur la rente d'invalidité lorsque ces garanties sont souscrites.

Toute demande de changement d'option vers un mode forfaitaire en cours d'adhésion est subordonnée à des formalités médicales et à une nouvelle acceptation médicale et financière le cas échéant, de l'assureur. Toute demande de changement d'option d'un mode indemnitaire vers un mode forfaitaire doit être effectuée avant 60 ans. Cette demande doit être formulée par l'adhérent dans les 3 mois qui précèdent la date anniversaire de son adhésion en adressant une lettre recommandée avec avis de réception au siège social de l'assureur. La modification, une fois acceptée par l'assureur, prend effet à la date anniversaire de l'adhésion.

j/ Cas des créateurs :

Le mode forfaitaire est obligatoire pendant les deux premières années de l'adhésion, pour tout assuré ayant moins de deux années d'exercice professionnel lors de son adhésion. Passé le délai de deux ans, l'assuré pourra demander à passer en "mode indemnitaire". A défaut de demande de la part de l'assuré, le système forfaitaire reste applicable.

Toute demande de changement d'option vers un mode indemnitaire doit être réalisée par l'assuré, dans les 3 mois qui précèdent la date anniversaire de son adhésion en adressant une demande par envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception au siège social de l'assureur. La modification prend effet à la date anniversaire de l'adhésion.

k/ Non cumul de prestations :

Les prestations versées au titre de la garantie "Indemnités Journalières Longues" ne peuvent en aucun cas, se cumuler aux prestations versées au titre des garanties "Rente d'Invalidité", "Indemnités Journalières Courtes" et "Allocation Enfant Hospitalisé".

l/ Rechute après reprise de travail :

Si la rechute survient moins de 2 mois après la reprise du travail, l'indemnisation reprendra au 1^{er} jour du nouvel arrêt de travail à la condition que celui-ci soit lié au même motif que le précédent. Dans le cas contraire, l'indemnisation débutera après expiration des délais de franchise choisis.

Si la rechute intervient plus de deux mois après la reprise du travail, l'indemnisation reprendra après expiration du délai de franchise prévu. Toutefois, si l'assuré est atteint d'une affection de longue durée pour le même motif, il ne sera pas fait application de la franchise.

Si ce nouvel arrêt de travail est lié aux suites ou séquelles d'un accident déjà indemnisé, c'est la franchise choisie en cas de maladie qui sera appliquée. La franchise accident ne s'applique qu'une seule fois pour un même accident.

m/ Reprise partielle du travail après 3 mois continus d'incapacité temporaire totale de travail :

L'assuré admis à reprendre une activité professionnelle partielle après 3 mois continus d'incapacité temporaire totale recevra une indemnité journalière égale à 50 % de l'indemnité garantie. Cette indemnité est versée, pour un même événement accidentel ou une même maladie, au maximum pendant 6 mois et sous réserve que l'état de santé de l'assuré ne permette pas une reprise d'activité à temps plein.

En cas d'affection de longue durée (ALD) pour le même motif, il n'est pas exigé 3 mois continus d'incapacité temporaire totale de travail pour indemniser au titre de l'incapacité partielle.

OPTION PROLONGATION DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES LONGUES AU-DELÀ DE 67 ANS

n/ Conditions d'adhésion à l'option :

Cette option peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin".

Cette option ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie de base "Capital Décès" et ou "Rente Viagère", et de la garantie "Indemnités Journalières Longues" en cours de paiement de cotisations.

o/ Objet de l'option

(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la Notice)

Si l'assuré, par suite d'une maladie ou d'un accident, se trouve après 67 ans en incapacité temporaire totale de travail, il perçoit une indemnité journalière correspondant à 50 % du montant de l'indemnité journalière longue garantie. Cette option permet de prolonger la couverture au-delà du 67^{ème} anniversaire de l'assuré en maintenant le mode forfaitaire ou indemnitaire précédemment choisi.

p/ Durée d'indemnisation :

Les indemnités journalières sont versées, au plus tard jusqu'au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail franchise incluse.

Le total des "Indemnités Journalières Courtes" et des "Indemnités Journalières Longues" qui seront versées pour une même maladie ou un même accident ne peut excéder 1095 jours d'arrêt de travail franchises incluses en un ou plusieurs arrêts. (Les arrêts prescrits avant et après les 67 ans de l'assuré se cumulent).

q/ Cessation de versement des indemnités journalières :

Le service de ces indemnités s'interrompt dès que l'assuré peut reprendre, même partiellement, son activité professionnelle. Par ailleurs, il se termine à la date de liquidation de la retraite quelle qu'en soit la cause, et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint son 70^{ème} anniversaire.

II.2-10 La garantie "Allocation Enfant Hospitalisé"

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie est incluse et acquise gratuitement dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin" lorsque l'assuré a souscrit la garantie "Indemnités Journalières Courtes" et /ou "Indemnités Journalières Longues". Ces garanties doivent être en cours de paiement.

b/ Objet de la garantie :

Cette garantie apporte une compensation financière à l'assuré, en cas d'hospitalisation d'un enfant fiscalement à charge (cf lexicque) consécutive à une maladie ou un accident.

c/ Montant assuré :

Le montant de l'allocation est de 100€ par jour d'hospitalisation pour les professions libérales réglementées et de 50€ par jour pour les professions libérales non réglementées. Ce montant est forfaitaire et indépendant du montant assuré choisi pour les "Indemnités Journalières Courtes et /ou "Indemnités Journalières Longues".

d/ Entrée en jeu de la garantie :

(sous réserve des délais d'attente visés à l'article 4.6 de la Notice)

L'allocation est versée dès que l'enfant âgé de moins de 18 ans et fiscalement à charge de l'assuré est hospitalisé durant 7 jours minimum (soit 6 nuitées). Une fois ces conditions satisfaites, l'assureur indemnise dès le 1^{er} jour d'hospitalisation.

e/ Durée d'indemnisation :

L'assuré pourra bénéficier de 60 jours d'indemnisation maximum pendant toute la durée de l'adhésion. Ces jours d'indemnisation peuvent être répartis sur un ou plusieurs enfants fiscalement à charge de l'assuré et réglés en une ou plusieurs fois selon le nombre de séjours hospitaliers et la durée de l'hospitalisation.

f/ Modalités de versement de l'"Allocation Enfant Hospitalisé" :

Les allocations sont versées mensuellement, à terme échu.

g/ Cessation de versement des indemnités journalières :

Le service de ces allocations s'interrompt dès que l'enfant fiscalement à charge n'est plus hospitalisé. Il se termine dès que l'assuré a perçu 60 jours d'indemnisation maximum. Le service des prestations s'interrompt dès que l'enfant a atteint son 18^{ème} anniversaire ou s'il n'est plus fiscalement à charge. Par ailleurs, il se termine à la date à laquelle cessent les garanties "Indemnités Journalières Courtes" et ou "Indemnités Journalières Longues" et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint son 67^{ème} anniversaire.

h/ Non cumul de prestations :

Les prestations versées au titre de la garantie "Allocation Enfant Hospitalisé" ne peuvent en aucun cas se cumuler avec d'autres prestations versées à l'assuré : "Indemnités Journalières Courtes", "Indemnités Journalières Longues", "Rente d'Invalidité", "Indemnités de Remboursement des Frais Professionnels", "Capital Confort Invalidité" ou tout type de prestation accordée lorsque l'assuré est en état d'incapacité temporaire totale ou bien en état d'invalidité.

Le versement de l'"Allocation Enfant Hospitalisé" ne donne pas lieu à l'exonération du paiement des cotisations d'assurance.

Si deux ou plusieurs enfants âgés de moins de 18 ans et fiscalement à charge de l'assuré sont hospitalisés simultanément, l'assuré ne perçoit qu'une seule allocation par jour.

II.2-11 La garantie optionnelle "Rente d'Invalidité"

a/ Conditions d'adhésion à la garantie

Cette garantie peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin".

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie de base en cours de paiement de cotisations.

b/ Objet de la garantie :

En cas d'invalidité permanente partielle ou totale consécutive à une maladie ou à un accident l'assuré perçoit une rente d'invalidité en fonction du taux d'invalidité déterminé par voie d'expertise médicale.

c/ Détermination du montant assuré à l'adhésion : assiette et limitations :

La garantie "Rente d'Invalidité" souscrite par l'assuré ne doit pas lui permettre de percevoir un revenu supérieur à son revenu professionnel imposable, figurant sur sa dernière déclaration fiscale ou bien correspondant à la moyenne des revenus déclarés au cours des 3 dernières années, en tenant compte des prestations de même nature prévues par tout autre régime de prévoyance, obligatoire, complémentaire et/ou facultatif.

En cas de baisse des revenus ou d'augmentation des revenus en cours de contrat, il appartient à l'assuré de prendre contact avec l'assureur pour lui demander un réajustement de ses garanties (cf article 5-1 de la Notice).

d/ Détermination du taux d'invalidité :

d/1 L'assuré exerce une profession libérale réglementée

Le taux d'invalidité est déterminé par voie d'expertise médicale en fonction de la seule incapacité professionnelle.

Il est apprécié de 0 % à 100 % en fonction de la diminution d'aptitude de l'assuré à l'exercice de son activité professionnelle, en tenant compte :

- des conditions de cet exercice avant la maladie ou l'accident,
- des possibilités restantes ainsi que des possibilités d'aménagement dans l'exercice de sa profession.

Il n'est pas tenu compte de la capacité restante à exercer une autre profession ni des possibilités éventuelles de reclassement professionnel.

Le taux d'invalidité ouvrant droit au service des prestations est déterminé en dehors de toute référence aux régimes d'assurance maladie obligatoires.

Le taux d'incapacité professionnelle n'est pas déterminé à titre définitif, il peut varier en fonction de l'état de santé de l'assuré et peut être revu (majoration ou diminution) à l'initiative de l'assuré ou de l'assureur. L'assureur se réserve le droit de soumettre l'assuré aux contrôles ou expertises prévus à l'article 10-8 de la Notice.

d/2 L'assuré exerce une profession libérale non réglementée

Le taux d'invalidité est déterminé par voie d'expertise médicale en fonction de deux critères :

• l'incapacité fonctionnelle physique ou mentale

Elle est fondée uniquement sur la diminution de capacité indépendamment de toute considération professionnelle. Le taux d'incapacité fonctionnelle est évalué selon le barème Indicatif des Incapacités en Droit Commun, dit "Le Concours Médical". A défaut d'indication dudit Barème, ce taux est fixé selon les critères d'évaluation en droit commun.

• l'incapacité professionnelle

Elle est appréciée en fonction de l'incidence de l'incapacité fonctionnelle (telle que définie ci-avant) sur l'activité professionnelle de l'assuré en tenant compte :

- des conditions de cet exercice avant la maladie ou l'accident,
- des possibilités restantes ainsi que des possibilités d'aménagement dans l'exercice de sa profession.

Il n'est pas tenu compte de la capacité restante à exercer une autre profession ni des possibilités éventuelles de reclassement professionnel.

Le taux d'invalidité ouvrant droit au service des prestations est déterminé en dehors de toute référence aux régimes d'assurance maladie obligatoires.

Le taux "T" d'invalidité est estimé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle conformément au tableau ci-après :

TAUX D'INCAPACITÉ PROFESSIONNELLE	TAUX D'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

Les taux d'incapacité fonctionnelle ou professionnelle ne sont pas déterminés à titre définitif, ils peuvent varier en fonction de l'état de santé de l'assuré et peuvent être revus (majoration ou diminution) à l'initiative de l'assuré ou de l'assureur. L'assureur se réserve le droit de soumettre l'assuré aux contrôles ou expertises prévus à l'article 10-8 de la Notice.

e/ Entrée en jeu de la garantie :

(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la Notice)

La garantie "Rente d'Invalidité" intervient au terme de 1095 jours d'incapacité temporaire totale de travail. Elle entre également en jeu, après consolidation médicale dès que la preuve de l'état d'invalidité permanente totale ou partielle de l'assuré est apportée.

f/ Durée d'indemnisation et cessation du versement de la rente :

Si l'état d'invalidité persiste, la rente est servie jusqu'à la date de liquidation de la retraite quelle qu'en soit la cause ou de départ en préretraite de l'assuré, et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint son 67^{ème} anniversaire.

g/ Montant de la rente versée:

Le montant de la rente versée dépend du mode d'indemnisation choisi (forfaitaire ou indemnitaire) et du taux d'indemnisation appliqué.

A/ Mode d'indemnisation choisi

• "Rente d'Invalidité" : OPTION MODE INDEMNITAIRE

En cas de sinistre, le montant de la rente est déterminé à partir des revenus de l'assuré déclarés à l'administration fiscale, déduction faite des prestations de même nature servies au titre des régimes obligatoires, complémentaires et/ou facultatifs et dans la limite du montant assuré.

Ce montant est versé en totalité ou partiellement selon le taux d'indemnisation appliqué (cf point B/ ci-après).

En cas de baisse des revenus, les prestations versées seront plafonnées en application des règles énoncées ci-avant, les cotisations restant acquises à l'assureur.

• "Rente d'Invalidité" : OPTION MODE FORFAITAIRE

En cas de sinistre, le montant de la rente est déterminé à partir du montant assuré. Ce montant assuré est versé en totalité ou partiellement selon le taux d'indemnisation appliqué (cf point B : ci-après).

B/ Le taux d'indemnisation

Le taux d'indemnisation appliqué au montant de base dépend du taux d'invalidité reconnu à l'assuré.

- si le taux d'invalidité permanente est inférieur à 33 %, la garantie ne joue pas et l'assuré ne perçoit pas de prestations au titre de cette garantie.
- si le taux d'invalidité permanente est supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %, le taux d'indemnisation est calculé en fonction du taux d'invalidité "T", selon la formule "T"/66. L'assuré perçoit une rente partielle.
- si le taux d'invalidité permanente est supérieur ou égal à 66 %, le taux d'indemnisation est de 100 % et la rente est versée en totalité.

h/ Modalités de versement de la rente d'invalidité :

Les versements sont effectués trimestriellement à terme échu. La première échéance de rente est versée dès la fin du trimestre suivant les 1095 jours d'incapacité temporaire totale de travail, ou dès la fin du trimestre au cours duquel l'état d'invalidité permanente totale ou partielle est consolidé sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (voir article 10-5 de la Notice).

Les trimestres se définissent par rapport à la date anniversaire de prise d'effet des garanties du contrat.

i/ Non cumul de prestations :

Les prestations versées au titre de la garantie "Rente d'Invalidité" ne peuvent en aucun cas, se cumuler aux prestations versées au titre des garanties "Indemnités Journalières Courtes" et/ou "Indemnités Journalières Longues", "Allocation Enfant Hospitalisé" et "Indemnités de Remboursement des Frais Professionnels".

i/ Changement d'option :

Le mode choisi (indemnitaire ou forfaitaire) s'applique sur les indemnités journalières courtes et ou longues et sur la rente d'invalidité. Toute demande de changement d'option en cours d'adhésion s'applique systématiquement sur les deux types d'indemnités et sur la rente d'invalidité lorsque ces garanties sont souscrites.

Toute demande de changement d'option vers un mode forfaitaire en cours d'adhésion est subordonnée à des formalités médicales et à une nouvelle acceptation médicale et financière le cas échéant, de l'assureur. Toute demande de changement d'option d'un mode indemnitaire vers un mode forfaitaire doit être effectuée avant 60 ans. Cette demande doit être formulée par l'adhérent dans les 3 mois qui précèdent la date anniversaire de son adhésion en adressant une lettre recommandée avec avis de réception au siège social de l'assureur. La modification, une fois acceptée par l'assureur, prend effet à la date anniversaire de l'adhésion.

j/ Cas des créateurs :

Le mode forfaitaire est obligatoire pendant les deux premières années de l'adhésion, pour tout assuré créateur ayant moins de deux années d'exercice professionnel lors de son adhésion. Passé le délai de deux ans, l'assuré pourra demander à passer en "mode indemnitaire". A défaut de demande de changement d'option de la part de l'assuré, le mode forfaitaire reste applicable. Toute demande de changement d'option vers un mode indemnitaire doit être réalisée par l'assuré, dans les 3 mois qui précèdent la date anniversaire de son adhésion en adressant une demande par envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception au siège social de l'assureur. La modification prend effet à la date anniversaire de l'adhésion.

OPTION RENTE D'INVALIDITÉ À PARTIR DE 16 %

Cette option peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin". Elle est réservée exclusivement aux personnes exerçant une profession libérale réglementée.

Cette option qui intervient sous forme d'extension de garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie "Rente d'Invalidité" en cours de paiement de cotisations.

Lorsque cette option est souscrite, l'invalidité permanente partielle est prise en charge dès 16 %, **(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la Notice)**.

Les conditions suivantes sont alors appliquées :

- si le taux d'invalidité permanente est inférieur à 16 %, la garantie ne joue pas et l'assuré ne perçoit pas de prestations au titre de cette garantie.
- si le taux d'invalidité permanente est supérieur ou égal à 16 % et inférieur à 66 %, le taux d'indemnisation est calculé en fonction du taux d'invalidité "T", selon la formule "T"/66. L'assuré perçoit une rente partielle.
- si le taux d'invalidité permanente est supérieur ou égal à 66 %, le taux d'indemnisation est de 100 %, et la rente est versée en totalité.

Les conditions de détermination du taux d'invalidité, d'entrée en jeu de la garantie de durée d'indemnisation, de versement de la rente d'invalidité et de non cumul des prestations sont identiques à celles prévues pour la garantie "Rente d'Invalidité".

II.2-12 La garantie optionnelle "Capital Confort Invalidité"

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie optionnelle peut être souscrite exclusivement dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral.

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie de base en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

b/ Objet de la garantie :

En cas d'invalidité permanente totale supérieure ou égale à 66 %, l'assuré perçoit un "Capital Confort Invalidité".

c/ Entrée en jeu de la garantie :

(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la Notice)

c/1 Pour les professions réglementées :

Le capital garanti est versé à l'assuré s'il apporte la preuve qu'il se trouve par suite de maladie ou d'accident en état d'invalidité permanente totale d'un taux au moins égal à 66 % le mettant dans l'impossibilité d'exercer sa profession. La garantie doit entrer en jeu avant la date de départ à la retraite ou préretraite et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint son 67^{ème} anniversaire.

c/2 Pour les professions non réglementées :

Le capital garanti est versé à l'assuré s'il apporte la preuve qu'il se trouve par suite de maladie ou d'accident en état d'invalidité permanente totale justifiant d'un taux d'invalidité au moins égal à 66 %.

La garantie doit entrer en jeu avant la date de départ à la retraite ou préretraite et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint son 67^{ème} anniversaire.

Le capital est réglé au plus tard dans les 30 jours qui suivent la reconnaissance par l'assureur de cet état d'invalidité permanente totale sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (voir article 10-5 de la Notice).

Le règlement intervient sur la base du capital garanti au moment de la reconnaissance par l'assureur de l'invalidité permanente totale et met fin à la présente garantie.

d/ Détermination du taux d'invalidité :

Le taux d'invalidité est déterminé selon les dispositions figurant à l'article 8-11 d/ de la Notice.

e/ Montant du capital assuré :

Le "Capital Confort Invalidité" est limité au montant du capital décès, sans pouvoir excéder 350 000 Euros.

OPTION CAPITAL CONFORT INVALIDITÉ À 16 % OU 33 %

L'option 16 % ou 33 % peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral.

L'option à 16 % est réservée exclusivement aux personnes exerçant une profession libérale réglementée.

En fonction de l'option choisie, l'invalidité permanente partielle est prise en charge soit dès 16 % soit dès 33 %, (**sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la Notice**).

Les conditions suivantes sont alors appliquées :

- si le taux d'invalidité permanente est inférieur à 16 %, (ou à 33 % si cette option est retenue), la garantie ne joue pas et l'assuré ne perçoit pas de prestations au titre de cette garantie.
- si le taux d'invalidité permanente est supérieur ou égal à 16 % (ou à 33 % si cette option est retenue), et inférieur à 66 %, le montant du capital à régler est calculé en fonction du taux d'invalidité "T", selon la formule "T"/66. L'assuré perçoit un capital partiel.
- si le taux d'invalidité permanente est supérieur ou égal à 66 %, le capital est versé en totalité.

Le règlement du capital en cas d'invalidité permanente partielle ou totale met fin à la présente garantie.

Les conditions de détermination du taux d'invalidité, d'entrée en jeu de la garantie, et de non cumul des prestations sont identiques à celles prévues pour la garantie "Rente d'Invalidité".

II.2-13 La garantie optionnelle "Indemnités de Remboursement des Frais Professionnels"

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin".

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie de base en cours de paiement de cotisations.

b/ Objet de la garantie :

Si l'assuré, par suite d'une maladie ou d'un accident, se trouve dans l'incapacité totale d'exercer son activité professionnelle, il perçoit une indemnité journalière visant à couvrir les frais professionnels encourus, sans toutefois pouvoir dépasser le montant journalier assuré multiplié par le nombre de jours d'incapacité pris en compte. Le montant de l'indemnité journalière est indiqué sur le certificat d'adhésion.

c/ Frais professionnels permanents pris en charge :

Les frais professionnels pris en charge sont les frais généraux permanents, notamment les loyers et/ou charges relatifs aux locaux professionnels, salaires et charges sociales, taxe professionnelle, cotisations aux organismes professionnels et sociaux obligatoires, abonnements, assurances professionnelles, les mensualités d'emprunts ou de crédits-bails professionnels à condition qu'ils ne soient pas pris en charge par une autre assurance. Les frais sont pris en considération hors TVA lorsque celle-ci est récupérable par l'assuré.

Les frais d'exploitation supplémentaires liés à l'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré sont également pris en charge, et notamment le coût d'un remplacement dans la fonction.

d/ Détermination du montant assuré à l'adhésion : assiette et limitations :

Le montant assuré est déterminé à partir des frais de fonctionnement annuels constatés lors du dernier exercice qui précède la demande d'adhésion. Le montant quotidien assuré ne peut excéder 1/365^{ème} des frais de fonctionnement constatés dans la limite des plafonds autorisés.

Pour les créateurs, le montant assuré est déterminé à partir des frais de fonctionnement annuels prévisionnels.

e/ Entrée en jeu de la garantie :

(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la Notice)

L'indemnisation débute à partir de l'expiration du délai de franchise indiqué sur le certificat d'adhésion, et s'achève, au plus tard, au terme de 12 mois (365 jours), 18 mois (547 jours) ou 24 mois (730 jours) d'arrêt de travail, selon l'option choisie, franchise incluse, en un ou plusieurs arrêts pour une même maladie ou un même accident. Les indemnités sont versées mensuellement, à terme échu.

f/ Montant des indemnités journalières versées :

Le montant de la prestation est égal au montant assuré.

g/ Durée d'indemnisation :

Le service de ces indemnités s'interrompt dès que l'assuré peut reprendre son activité professionnelle, même partiellement. Par ailleurs, il se termine à la date de liquidation de la retraite quelle qu'en soit la cause ou de départ en préretraite de l'assuré, et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint son 67^{ème} anniversaire.

II.2-14 La garantie optionnelle "Allocation Hospitalisation"

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin".

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie de base en cours de paiement de cotisations.

b/ Objet de la garantie :

Si l'assuré est hospitalisé par suite de maladie ou d'accident pour une période supérieure à 3 jours, il bénéficie d'une allocation journalière. Le montant de cette allocation est indiqué sur le certificat d'adhésion.

c/ Entrée en jeu de la garantie :

(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la Notice)

Cette allocation est versée :

- rétroactivement à compter du 1^{er} jour d'hospitalisation si celle-ci est consécutive à un accident ;
 - à partir du 4^{ème} jour d'hospitalisation si celle-ci est consécutive à une maladie.
- La durée maximale de l'indemnisation, pour un même accident ou une même maladie, y compris rechutes et complications, est de 365 jours.

d/ Conditions de prise en charge :

Cette allocation journalière concerne toute hospitalisation médicale ou chirurgicale dans un hôpital public ou privé ou dans une clinique, conventionnés ou agréés par la Sécurité Sociale. Si le séjour dans un de ces établissements se poursuit par une hospitalisation à domicile, l'allocation journalière continue d'être versée comme s'il s'agissait d'un seul et même séjour. **En revanche, la garantie n'intervient pas pour les séjours dans les établissements classés comme maison de repos, centres ou maisons de convalescence, établissements thermaux, centres de rééducation professionnelle, centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, hospices et maisons de retraite, selon la nomenclature officielle des établissements sanitaires et sociaux. Enfin, les hospitalisations en rapport avec des interventions de chirurgie esthétique ne donnent lieu à indemnisation que lorsque ces dernières sont motivées par des séquelles d'accident et/ou lorsque l'intervention fait l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire de la Sécurité Sociale.**

e/ Montant de l'allocation :

Le montant de la prestation est égal au montant assuré. Ce montant est indépendant des prestations versées le cas échéant dans le cadre des garanties "Indemnités Journalières Courtes" et/ou "Indemnités Journalières Longues" et/ou "Rente d'Invalidité".

II.2-15 La garantie optionnelle "Exonération du Paiement des Cotisations"

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin".

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie de base en cours de paiement de cotisations. Elle est réservée aux adhérents personnes physiques.

b/ Objet de la garantie :

La garantie "Exonération du Paiement des Cotisations" prévoit la prise en charge totale ou partielle des cotisations d'assurance par l'assureur si l'assuré est atteint, suite à une maladie ou un accident, d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente, dans les conditions décrites ci-après.

Si l'adhérent a opté pour l'actualisation des garanties, et sous réserve qu'il n'ait pas refusé cette actualisation la dernière fois qu'elle lui a été proposée,

les cotisations d'assurance sont ajustées sur l'indice de référence dans la limite du fonds de revalorisation prévu à cet effet, pendant toutes les périodes où l'assureur les prend en charge.

EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

c/ Entrée en jeu de la garantie et montant de la prise en charge des cotisations d'assurance par l'assureur en cas d'incapacité temporaire totale de travail :

(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la Notice)

Si l'assuré se trouve dans l'incapacité totale d'exercer sa profession, les cotisations d'assurance sont prises en charge par l'assureur à compter du 61^{ème} jour d'arrêt total de travail.

Toutefois, cette prise en charge est avancée à la date à laquelle commence le versement des "Indemnités Journalières" lorsque l'adhésion comporte cette garantie avec un délai de franchise inférieur à 60 jours.

d/ Durée et cessation de la prise en charge des cotisations d'assurance par l'assureur en cas d'incapacité temporaire totale de travail :

La prise en charge des cotisations d'assurance par l'assureur se poursuit au plus tard jusqu'au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail si l'assuré reste en incapacité temporaire totale de travail pendant toute cette période. Elle s'interrompt dès que l'assuré peut reprendre (même partiellement) son activité professionnelle. Cette prise en charge s'exerce jusqu'à la date de liquidation de la retraite quelle qu'en soit la cause ou de départ en préretraite de l'assuré et, au plus tard, à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint son 67^{ème} anniversaire.

EN CAS DE REPRISE PARTIELLE DU TRAVAIL APRÈS 3 MOIS CONTINUS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

e/ Entrée en jeu de la garantie et montant de la prise en charge des cotisations d'assurance par l'assureur en cas de reprise partielle du travail après 3 mois continus d'incapacité temporaire totale de travail :

(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la Notice)

L'assuré admis à reprendre une activité professionnelle partielle après 3 mois continus d'incapacité temporaire totale ou sans conditions en cas d'affection de longue durée (ALD) pour le même motif, bénéficie d'une prise en charge des cotisations d'assurance par l'assureur égale à 50 % du montant de la cotisation.

f/ Durée et cessation de la prise en charge des cotisations d'assurance par l'assureur en cas de reprise partielle du travail :

Cette prise en charge s'exerce, pour un même événement accidentel ou une même maladie, au maximum pendant 6 mois et sous réserve que l'état de santé de l'assuré ne permette pas une reprise d'activité à temps plein.

Cette prise en charge cesse au plus tard à la date de liquidation de la retraite quelle qu'en soit la cause ou de départ en préretraite de l'assuré et, au plus tard, à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint son 67^{ème} anniversaire.

EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE

g/ Entrée en jeu de la prise en charge des cotisations d'assurance par l'assureur en cas d'invalidité permanente :

(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la Notice)

La prise en charge des cotisations d'assurance par l'assureur au titre de cette garantie intervient au terme du 1095^{ème} jour d'incapacité temporaire totale de travail, mais aussi dès que la preuve de l'état d'invalidité permanente totale ou partielle est apportée. L'assureur dispense totalement ou partiellement l'assuré du règlement des cotisations d'assurance selon le taux d'invalidité reconnu par l'assureur. En cas d'invalidité partielle, le pourcentage de prise en charge des cotisations d'assurance par l'assureur est égal au taux d'indemnisation tel que déterminé à l'article 8-11 de la Notice.

h/ Montant de la prise en charge des cotisations d'assurance par l'assureur en cas d'invalidité permanente :

- Si l'assuré est atteint d'une invalidité permanente dont le taux "T" déterminé par l'assureur est supérieur ou égal à 66 %, les cotisations d'assurance sont prises en charge en totalité par l'assureur.
- Si l'assuré est atteint d'une invalidité permanente dont le taux "T" déterminé par l'assureur est supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 % (ou est supérieur ou égal à 16 % et inférieur à 66 % si l'option a été choisie), le pourcentage de cotisations d'assurance prises en charge par l'assureur au titre de la garantie "Exonération du Paiement des Cotisations" est calculé en fonction du taux d'invalidité "T", selon la formule "T"/66.
- Si l'assuré est atteint d'une invalidité permanente dont le taux "T" déterminé par l'assureur est inférieur à 33 % (ou 16 % si l'option a été choisie), l'intégralité des cotisations reste à la charge de l'assuré.

II.3 Les délais d'attente

EN CAS D'ACCIDENT : Aucun délai d'attente ne s'applique en cas d'accident, sauf si l'incapacité temporaire totale de travail ou l'invalidité qui en résulte est liée à des troubles du psychisme imputables à cet accident. Dans ce cas, il sera fait application du délai d'attente en cas de maladie inhérent aux affections psychiques.

EN CAS DE MALADIE : Les garanties en cas d'incapacité temporaire totale de travail et d'invalidité ne s'appliquent pas lorsque l'incapacité ou l'invalidité est la conséquence :

- des affections psychiques suivantes - quelle qu'en soit l'origine - (dépressions nerveuses, schizophrénie, troubles mentaux organiques, troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles de la personnalité et du comportement, troubles de l'alimentation, syndrome d'épuisement professionnel ou burn out, fatigue chronique) ainsi que les fibromyalgies dont le premier constat médical a été effectué dans les **12 mois** suivant la date d'effet de l'adhésion ;
- de toute autre affection dont le premier constat médical a été effectuée dans les **3 mois** suivant la date d'effet de l'adhésion.

Aucune prise en charge ne sera accordée au titre d'une suite, récurrence ou séquelle d'une affection pour laquelle il aurait été fait application des délais d'attente ci-dessus définis.

Les délais d'attente en cas d'accident ou de maladie s'appliquent également en cas d'augmentation de garantie (voir article 5-1 de la Notice), mais ne portent alors que sur le supplément de garantie résultant de la modification.

Cas particulier de l' "Allocation Enfant Hospitalisé" : Aucun délai d'attente ne s'applique pour toute hospitalisation consécutive à un accident.

En cas d'hospitalisation consécutive à une maladie d'un ou plusieurs enfants fiscalement à charge de l'assuré, le délai d'attente est porté à **12 mois**.

ABROGATION DES DÉLAIS D'ATTENTE : Les délais d'attente peuvent être abrogés, après acceptation médicale du dossier, lorsque les garanties souscrites remplacent des garanties de même nature et de même niveau acquises précédemment chez un autre assureur. L'acceptation de cette abrogation est mentionnée sur le certificat d'adhésion.

II.4 Exclusions et dispositions spéciales

II.4-1. Risques exclus pour l'ensemble des garanties

- les conséquences des guerres civiles ou étrangères, rixes, insurrections sauf en cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel. Par guerre étrangère, on entend la guerre déclarée entre l'État français et un ou d'autres États, mais également les opérations militaires dans lesquelles l'Etat français pourrait se trouver impliqué, indépendamment de toute déclaration de guerre ;
- les conséquences résultant d'actes de terrorisme ou d'attentats dans lesquels l'assuré a pris une part active.

II.4-2. Risques exclus en cas de décès par maladie ou par accident

- le décès par suicide au cours de la première année suivant la date d'effet, ou la date d'augmentation des garanties, ou la date de remise en vigueur de l'adhésion. Après cette première année, le suicide est assuré normalement ;
- les garanties en cas de décès cessent d'avoir effet à l'égard du bénéficiaire qui a été condamné pour avoir volontairement donné la mort à l'assuré.

II.4-3. Risques exclus pour l'ensemble des garanties optionnelles et en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

- les conséquences des tentatives de suicide ou de mutilation volontaire ;
 - les conséquences d'accidents survenant alors que l'assuré conduisait en état d'ivresse (taux d'alcoolémie égal ou supérieur à la réglementation en vigueur au jour de l'accident), quel que soit le moyen de transport ;
 - les conséquences de l'usage de stupéfiants à des fins autres que médicales ;
 - les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ainsi que les effets de la radiation provoquée par l'accélération artificielle des particules chargées électriquement ;
- Les conséquences d'un dysfonctionnement ou d'une mauvaise manœuvre dans l'utilisation d'appareils de radiologie sont garanties s'ils se produisent à l'occasion d'un traitement médical auquel l'assuré est soumis ;
- les accidents, maladies, invalidités et infirmités survenus à l'occasion de l'exercice d'une profession différente de celle déclarée à l'assureur à l'adhésion ou ultérieurement ;
 - les conséquences de la pratique de sports réalisés à titre professionnel ;

Sauf stipulations contraires et expresses mentionnées sur le certificat d'adhésion, sont exclues les conséquences de la pratique de sports, activités ou loisirs suivants, réalisés à titre amateur (à l'exception des baptêmes) :

- la compétition automobile, motocycliste, motonautique ou aéronautique ;
- le parachutisme (à l'exception du saut à ouverture automatique), le deltaplane, le parapente, l'ULM, le vol à voile ou le pilotage de tout autre aéronef, le saut à l'élastique ;
- la participation active à des démonstrations, matches, courses et compétitions ainsi que leurs essais préparatoires, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur ou d'animaux ;
- la participation active à des raids, acrobaties, cascades, défis, paris, et expéditions réalisées à titre scientifique ou non ;
- les disciplines équestres suivantes : chasse à courre, concours complet, course attelée, endurance, endurance en attelage, hunter, polo, poursuite par équipe, saut d'obstacles.

II.4.4. Risques exclus pour les garanties "Indemnités Journalières", "Indemnités de Remboursement des Frais Professionnels", "Allocation Hospitalisation", "Exonération du Paiement des Cotisations"

- les arrêts de travail pour traitement de la stérilité ou pour procréation médicalement assistée ;
- les arrêts de travail en rapport avec des interventions de chirurgie esthétique, lorsque celles-ci ne sont pas motivées par des séquelles d'accident. Toutefois les garanties restent acquises lorsque l'intervention fait l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire de la Sécurité Sociale ;
- les conséquences de l'état de grossesse et de ses suites pendant les 6 semaines précédant l'accouchement et les 10 semaines lui succédant, la garantie étant acquise en dehors de la période ainsi définie, mais seulement en cas de complications pathologiques. La garantie "Allocation Hospitalisation" n'intervient pas lorsque l'assurée est hospitalisée pour l'accouchement.

II.4.5. Dispositions spéciales : modalités d'indemnisation en cas d'incapacité temporaire totale de travail et d'invalidité permanente résultant de pathologies disco-vertébrales

Pour l'application de la franchise, les cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, sciatiques et hernies discales, qu'elles soient d'origine médicale ou traumatique, ne sont pas considérées comme accidents, et sont donc indemnisées comme maladies.

Cette disposition ne concerne pas les traumatismes vertébraux ayant entraîné une fracture vertébrale ou une lésion de la moelle épinière

II.4.6. Dispositions spéciales : modalités d'indemnisation en cas d'incapacité temporaire totale de travail et d'invalidité permanente résultant d'affections psychiques

Les maladies psychiques (dépressions nerveuses, schizophrénie, troubles mentaux organiques, troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles de la personnalité et du comportement, troubles de l'alimentation, syndrome d'épuisement professionnel ou burn out) ainsi que les fibromyalgies, quelle qu'en soit l'origine, sont indemnisées dès lors qu'elles donnent lieu à une hospitalisation continue de 8 jours minimum (soit 7 nuitées) en service, centre ou établissement spécialisé en psychiatrie. L'indemnisation débutera après application de la franchise choisie, franchise décomptée à compter du 1^{er} jour d'hospitalisation.

II.4.7. Dispositions spéciales : modalités d'indemnisation en cas d'incapacité temporaire totale de travail résultant de la pratique de certains sports en amateur

En cas d'incapacité de travail consécutive à la pratique d'un des sports suivants en qualité d'amateur il sera fait application d'une franchise absolue de 90 jours, si la franchise choisie est inférieure :

l'aïkido, le hapkido, le jiu-jitsu, le karaté, le kick boxing, le kung-fu, le taekwondo, le viet-vo-dao, la savate, la lutte (quelle qu'elle soit), la boxe (quelle qu'elle soit), le catch, le rugby (quel qu'il soit) ainsi que les disciplines équestres suivantes : gymkhana, équifun, voltige, horse-ball, pentathlon moderne, ski-joëring, yoseikan-bajutsu, équitation western.

II.5 Les montants minimum et maximum assurés

Type de garanties	Montant minimum assuré	Montant maximum assuré
GARANTIES DE BASE		
Capital Décès	15 000€	7 500 000€
Rente Viagère (capital constitutif)	15 000€	7 500 000€
Rente de Conjoint	1 500€ par an	30 000€ par an
Rente Education	1 000€ par an et par enfant	20 000€ par an et par enfant
Capital Invalidité Totale	15 000€	350 000€

Type de garanties	Montant minimum assuré	Montant maximum assuré
GARANTIES OPTIONNELLES		
Capital Supplémentaire en cas de Décès Accidentel	15 000€	3 000 000€
Rente Viagère Supplémentaire en cas de Décès Accidentel (capital constitutif)	15 000€	3 000 000€
Indemnités Journalières Courtes	15€ par jour	400€ par jour en mode indemnitaire 300€ par jour en mode forfaitaire
Indemnités Journalières Longues	15€ par jour	Repreneurs/changement de statut : 300€ par jour Créateurs : 100€ par jour
Option Prolongation des Indemnités Journalières Courtes et ou Longues après 67 ans	15€* par jour	400€* par jour en mode indemnitaire 300€* par jour en mode forfaitaire
Allocation Enfant Hospitalisé		Professions libérales réglementées : 100€ par jour Professions libérales non réglementées : 50€ par jour
Rente d'Invalidité Option Rente d'Invalidité à partir de 16%	5475€ par an	146 000 € par an en mode indemnitaire 109 500€ par an en mode forfaitaire Repreneurs/changement de statut : 109 500€ par an Créateurs : 36 500€ par an
Capital Confort Invalidité Option Capital Confort Invalidité à partir de 16% ou 33%	15 000€	350 000€
Indemnités de Remboursement des Frais Professionnels	15€ par jour	300€ par jour Repreneurs/changement de statut : 300€ par jour Créateurs : 100€ par jour
Allocation Hospitalisation	15€ par jour	75€ par jour
Exonération du Paiement des Cotisations		Le montant de la prise en charge est fonction du montant de la cotisation

*la prestation versée est plafonnée à 50 % du montant assuré

► **III. DURÉE**

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an suivant la date d'effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction, sauf si l'adhérent manifeste sa volonté d'y mettre fin. Dans ce cas, les garanties cessent au terme de la période couverte par la dernière cotisation réglée qui suit la réception par l'assureur de la lettre recommandée avec avis de réception par laquelle l'adhérent l'informe de sa volonté de résilier son adhésion.

► **IV. MODALITÉS DE VERSEMENT DES COTISATIONS**

La périodicité du règlement des cotisations est indiquée sur le certificat d'adhésion. L'adhérent peut payer les cotisations annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement à sa convenance. Le paiement fractionné ne donne pas lieu à une majoration de la cotisation. Le prélèvement automatique est obligatoire.

Il est possible de changer la périodicité des cotisations sur simple demande en respectant les minima en vigueur et la date anniversaire du contrat.

► **V. DÉLAI ET MODALITÉS DE RENONCIATION À L'ADHÉSION**

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que son contrat est conclu. L'adhésion au contrat est conclue à la date d'encaissement de la 1^{ère} cotisation. Ce délai expire le dernier jour à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception envoyée à l'adresse postale de l'assureur, rédigée par exemple selon le modèle suivant :

"Je soussigné(e)déclare renoncer à mon adhésion au(x) contrat(s) Aviva Senséo Prévoyance Libéral et/ou Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin" N°..... et demande à recevoir le remboursement total des sommes versées dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la présente lettre".
(Date) (Signature)

A compter de l'envoi de cette lettre, l'adhésion prend fin. Le défaut de remise des documents et informations prévus à l'article L 132-5-2 du Code des assurances entraîne de plein droit la prorogation du délai de renonciation prévu à l'article L 132-5-1, jusqu'au 30^{ème} jour calendaire révolu suivant la date de remise effective de ces documents, dans la limite de 8 ans à compter de la date où l'adhérent est informé que le contrat est conclu.

▶ VI. FORMALITÉS À REMPLIR EN CAS DE SINISTRE

1- Déclarations et délais de forclusion

En ce qui concerne les garanties en cas d'invalidité ou de PTIA, il appartient à l'assuré, ou à ses ayants droit, de faire parvenir à l'assureur une déclaration dans les deux mois qui suivent la consolidation médicale de cet état.

Pour obtenir le versement des indemnités journalières ou la prise en charge des cotisations en cas d'incapacité temporaire totale, la déclaration de l'arrêt de travail doit être faite à l'adresse postale de l'assureur avant l'expiration de la période de franchise prévue pour ces garanties. De la même façon, toute prolongation d'arrêt de travail doit être déclarée à l'assureur avant la fin de la période qu'elle couvre, cette période ne pouvant dépasser un mois.

Dans les deux cas, le dépassement de ces délais pourrait entraîner l'annulation du droit à prestations pour la période précédant la date d'envoi des justificatifs.

2 - Pièces à fournir pour obtenir le règlement des prestations en cas de décès de l'assuré

En cas de décès de l'assuré, le règlement des prestations est effectué après la remise par le bénéficiaire des documents suivants :

- toute(s) pièce(s) ou document(s) officiel(s) réclamé(s) par l'assureur justifiant de l'identité du ou des bénéficiaire(s) ;
- un extrait de l'acte de décès de l'assuré ;
- le certificat d'adhésion original ;
- tout document établissant si possible les causes exactes du décès ;
- le cas échéant, l'attestation fiscale ad hoc permettant le règlement des capitaux décès ;
- tous formulaires fournis par l'assureur pour la gestion des sinistres.

En ce qui concerne les garanties "Rente Viagère", "Rente Éducation" et "Rente de Conjoint", devront également être adressées annuellement les pièces supplémentaires suivantes pour le paiement des rentes :

- certificat de vie de l'enfant, du conjoint ou de tout autre bénéficiaire, selon la garantie choisie ;
- justification de la poursuite des études pour le versement de la rente éducation jusqu'au 28^{ème} anniversaire de l'enfant bénéficiaire.
- une attestation du paiement de l'allocation d'éducation spéciale ou de l'allocation d'adulte handicapé prévue au Code de la Sécurité Sociale afin de bénéficier de la majoration prévue au titre de la garantie " Rente Education".

3 - Pièces à fournir pour obtenir le règlement des prestations en cas de PTIA de l'assuré

En cas de PTIA affectant l'assuré, les pièces suivantes devront être transmises dans les 2 mois suivant la consolidation médicale de l'état de PTIA :

- toutes les pièces médicales et tous les documents administratifs attestant que l'assuré est définitivement incapable d'exercer la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit, et que son état l'oblige à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante ;
- un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ;
- tous formulaires fournis par l'assureur pour la gestion des sinistres.

4- Pièces à fournir pour obtenir le règlement des prestations en cas de décès ou de PTIA de l'assuré par accident

En plus des pièces demandées pour le règlement du capital décès toutes causes, le bénéficiaire doit apporter la preuve du fait accidentel et de son lien de cause à effet avec le décès de l'assuré. Il devra de ce fait joindre à sa demande :

- la copie du procès verbal de gendarmerie, s'il en a été établi un ;
- un certificat médical précisant la nature des lésions corporelles responsables du décès ou de PTIA ;
- tous formulaires ou documents demandés et ou fournis par l'assureur en vue de la gestion du sinistre.

L'assureur se réserve le droit de demander au bénéficiaire toute pièce complémentaire permettant d'apporter la preuve du caractère accidentel du décès ou de la PTIA.

5 - Pièces à fournir pour obtenir le règlement des prestations liées à l'invalidité permanente et à l'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré

En cas d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente, l'assuré doit fournir :

- un certificat médical de son médecin traitant précisant le motif et la durée de son arrêt de travail ;

- les bordereaux de paiement en espèces émanant de l'organisme de régime obligatoire et facultatif auquel il est affilié ou tous documents administratifs ou médicaux pouvant attester d'une cessation temporaire ou définitive d'activité ;
- les déclarations fiscales ou avis d'imposition des deux années précédant l'événement pour toute indemnité journalière ou rente d'invalidité en mode indemnitaire ;
- un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ;
- tous formulaires fournis par l'assureur pour la gestion des sinistres.

Les prolongations sont admises pour une durée d'un mois au maximum.

6 - Pièces à fournir pour obtenir le règlement des prestations liées à la garantie "Allocation Enfant Hospitalisé"

Pour obtenir le règlement de cette allocation, l'assuré doit fournir à l'assureur :

- un bulletin d'hospitalisation (à domicile ou en hôpital) de l'enfant de l'assuré ; Les bulletins de situation d'hospitalisation à domicile doivent être délivrés par un établissement hospitalier agréé chargé de gérer l'hospitalisation à domicile.
- une copie du livret de famille ;
- une déclaration sur l'honneur de l'assuré justifiant que l'enfant est fiscalement à sa charge.

7 - Pièces à fournir pour obtenir le règlement des prestations liées à la garantie "Allocation Hospitalisation"

Pour obtenir le règlement des allocations journalières en cas d'hospitalisation, le bulletin de situation délivré par l'hôpital, la clinique, ou l'établissement d'hospitalisation à domicile, devra être transmis à l'assureur, ainsi qu'un certificat médical indiquant le motif de l'hospitalisation.

▶ VII. NOM ET ADRESSE DU SOUSCRIPTEUR, FORMALITÉS DE RÉSILIATION

Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin" sont des contrats collectifs d'assurance à adhésion facultative, identifiés respectivement sous les numéros 2 603 503 et 2 603 504, souscrits auprès d'Aviva Vie (siège social : 70 avenue de l'Europe - 92273 Bois-Colombes Cedex) par l'ADER (Association pour le Développement de l'Épargne pour la Retraite), 24-26 rue de la Pépinière - 75008 Paris. En cas de résiliation ou de non reconduction du contrat par l'assureur ou l'ADER, aucune adhésion nouvelle ne pourra être acceptée, et l'assureur s'engage à maintenir les adhésions en vigueur selon les dispositions prévues.

L'assureur s'engage également en cas de résiliation, à maintenir les prestations en cours de service et ce jusqu'à leur terme contractuel. La résiliation est notifiée par lettre recommandée. Cette lettre doit être envoyée à l'adhérent au moins 3 mois avant la date de renouvellement.

▶ VIII. INDICATIONS GÉNÉRALES LIÉES AU RÉGIME FISCAL

Les prestations rendues au titre des contrats Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin" sont soumises à la réglementation fiscale en vigueur en France.

▶ IX. PARTICIPATION AUX BÉNÉFICES TECHNIQUES ET FINANCIERS

Pour ces contrats, l'assureur ne verse aucune participation au titre des bénéfices techniques et financiers.

▶ X. PROCÉDURE D'EXAMEN DES LITIGES

Toute réclamation concernant le présent contrat doit être adressée à l'assureur, Aviva Vie - Service Réclamations, 70 avenue de l'Europe - 92273 Bois-Colombes Cedex. Aviva Vie en accuse réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). Le délai de réponse maximal est de 2 mois à compter de la réception de la réclamation. En cas de désaccord sur la réponse donnée et si toutes les voies de recours internes ont été épuisées, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA) dont les coordonnées lui seront communiquées par l'Assureur sur simple demande. Le recours à l'avis du Médiateur est ouvert aux particuliers et est gratuit.



Aviva Vie
Société Anonyme d'Assurances Vie et de Capitalisation
au capital social de 1 205 528 532,67 euros
Entreprise régie par le Code des assurances
Siège social : 70 avenue de l'Europe
92270 Bois-Colombes
732 020 805 R.C.S. Nanterre

Aviva Assurances
Société Anonyme d'Assurances Incendie, Accidents
et Risques Divers - au capital social de 178 771 908,38 euros
Entreprise régie par le Code des assurances
Siège social : 13 rue du Moulin Bailly
92270 Bois-Colombes
306 522 665 R.C.S. Nanterre

ADER
(Association pour le Développement de l'Épargne
pour la Retraite)
Association sans but lucratif régie
par la loi du 1^{er} juillet 1901
Siège social : 24-26 rue de la Pépinière
75008 Paris

Convention d'assistance

(Annexe n° 1003 - 0211- A85)

Aviva Senséo Prévoyance Libéral

L'ensemble des services décrits dans la présente convention suit le sort du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin" auquel il se rattache. Toutefois, en cas de résiliation de la convention passée entre Aviva Vie et Aviva Assurances le service et les prestations en cours cesseront dès l'échéance suivante de votre contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin". La convention d'assistance est un contrat d'assurance relevant de la branche 18 (assistance) définie à l'article R.321-1 du Code des assurances. Les prestations de la convention d'assistance souscrites par Aviva Vie auprès d'Aviva Assurances sont mises en œuvre par le service "Aviva Assistance".

A. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les prestations d'assistance ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'assisteuse. Aucune dépense effectuée d'autorité par l'assuré ou un bénéficiaire ne sera remboursée.

Les bénéficiaires devront se conformer aux solutions que l'assisteuse aura préconisées.

La durée de toute prestation d'assistance sera déterminée si nécessaire par le Médecin Conseil du service "Aviva Assistance".

Les services d'assistance seront mis en œuvre sur présentation d'un justificatif :

- pour les demandes relatives à une hospitalisation imprévue, au vu d'un certificat d'hospitalisation,
- pour les services accordés en cas d'immobilisation imprévue, au vu d'un certificat médical d'immobilisation ou d'un certificat médical d'arrêt de travail.

Les bénéficiaires fourniront par ailleurs tous les justificatifs originaux des dépenses dont ils demandent le remboursement.

Pour bénéficier d'un service d'assistance, l'assuré doit contacter le service "Aviva Assistance" aux coordonnées suivantes :

Par téléphone : 0 825 80 48 48

0,15 €/mn au 19/05/2014 (France métropolitaine uniquement)

ou **01 41 32 21 56**

ligne accessible 7j/7 et 24h/24

Par e-mail : aviva-assistance@aviva.fr

B. DÉFINITIONS ET DOMAINE D'APPLICATION DE LA GARANTIE

LES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE

- l'assuré du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin",
 - le conjoint de l'assuré,
 - les enfants fiscalement à charge de l'assuré,
 - les ascendants directs dépendants de l'assuré,
- résidant en **France métropolitaine ou à Monaco** et vivant habituellement sous le même toit.

LE CONJOINT DE L'ASSURÉ(E)

Est l'épouse, l'époux, la personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité, ou le concubin sous réserve qu'il s'agisse d'un concubinage notoire avec fourniture d'une attestation de domicile commun.

LA COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE

Les prestations ne peuvent être mises en œuvre qu'en France métropolitaine et à Monaco et exclusivement pour les personnes qui y résident.

LE DOMICILE

Le lieu de résidence principale et habituelle des bénéficiaires doit être situé en **France métropolitaine ou à Monaco**.

L'ACCIDENT

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du bénéficiaire, résultant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

LA MALADIE

Toute altération soudaine et imprévisible de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

LA MALADIE GRAVE

La maladie grave correspond à une Affection Longue durée qui est définie par l'article L 324 du Code de la Sécurité Sociale, il s'agit des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste de 30 affections de longue durée (ALD 30) établie par décret.

L'HOSPITALISATION IMPRÉVUE

Toute hospitalisation d'une durée supérieure à 24 heures en hôpital ou en clinique, consécutive à une maladie ou à un accident, **et dont la survenance n'était pas connue du bénéficiaire 5 jours avant son déclenchement**.

L'INVALIDITÉ

Réduction définitive des capacités physiques ou mentales de manière permanente totale ou partielle. S'agissant d'une réduction définitive elle doit être constatée médicalement après consolidation en **France métropolitaine ou à Monaco**. **Les prestations décrites au titre D3 de la présente convention d'assistance seront déclenchées à partir de 10 % d'invalidité.**

LA VALIDITÉ DE LA GARANTIE

La garantie "assistance" est acquise exclusivement pendant la durée de validité de l'adhésion au contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin" et de l'accord liant l'assisteuse et Aviva Vie.

Elle arrive à échéance, est renouvelée ou résiliée, à la même date et dans les mêmes conditions que celles visées dans la Notice Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin".

C. EXÉCUTION DES PRESTATIONS

L'assisteuse ne peut pas intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés par les organismes primaires d'urgence et ne prend donc pas en charge les frais correspondants. Les frais éventuels de liaison en taxi sont compris dans les plafonds définis pour chaque prestation.

D. PRESTATIONS D'ASSISTANCE

1. En cas d'hospitalisation imprévue, immobilisation au domicile ou décès de l'assuré ou de son conjoint

Les prestations suivantes sont fournies à l'assuré ou à son conjoint dans les cas suivants :

- immobilisation au domicile supérieure à 5 jours,
- décès,
- hospitalisation imprévue de plus de 2 jours consécutifs (portée à plus de 4 jours pour la prestation "Aide à domicile").

1.1 Garde d'enfants à domicile

1.1-a) L'assisteuse met à disposition et prend en charge les services d'une assistante maternelle compétente à domicile pour une période de deux jours maximum, du lundi au samedi (hors dimanche et jours fériés) entre 8h et 19h. Pendant cette période, l'assisteuse se charge le cas échéant d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, deux fois par jour.

1.1-b) L'assisteuse organise et prend en charge :

- soit le voyage des enfants ou petits-enfants de moins de 15 ans jusqu'au domicile d'un proche résidant en France métropolitaine ou à Monaco,
- soit le transport aller et retour dudit proche jusqu'au domicile de l'assuré, pour garder les enfants (transport en train 1^{ère} classe ou avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé).

Les prestations de prise en charge d'une assistante maternelle et de prise en charge des enfants par un proche ne se cumulent pas entre elles.

1.2 Présence au chevet

Si personne ne peut rester au chevet de l'assuré et/ou de son conjoint l'assisteuse organise et prend en charge le voyage aller/retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé, d'une personne au choix de l'assuré résidant en France métropolitaine ou à Monaco, afin qu'elle se rende sur le lieu d'hospitalisation ou au domicile de l'assuré. De même, **en cas de décès de l'assuré ou de son conjoint**, si personne ne se trouve sur place pour effectuer les démarches consécutives audit décès, l'assisteuse organise et prend en charge le voyage aller et retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé, d'un proche désigné par la famille et résidant en France métropolitaine ou à Monaco, pour se rendre sur le lieu du décès.

1.3 Garde ou transfert de personnes dépendantes résidant au domicile de l'assuré

Si les personnes dépendantes à charge résidant habituellement au domicile principal de l'assuré ne peuvent s'organiser seules ou ne peuvent être prises en charge par une personne de l'entourage de l'assuré, l'assisteuse organise et prend en charge :

- soit la garde de ces personnes dépendantes pendant deux jours, entre 8 h et 19 h,
- soit le coût du transport de ces personnes chez un proche, résidant en France métropolitaine ou à Monaco,
- soit le transport aller et retour d'un proche jusqu'au domicile de l'assuré, pour garder ces personnes (transport en train 1^{ère} classe ou avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé).

1.4 Garde des animaux familiers (chiens et chats)

L'assistant organise leur gardiennage à domicile ou dans un centre agréé dans un rayon de 50 km du domicile, jusqu'à un maximum de **30 jours**.

Le coût du gardiennage reste à la charge de l'assuré.

Dès l'appel téléphonique, l'assistant met tout en œuvre pour répondre au plus vite à la demande. Toutefois, l'assistant se réserve un délai de **5 heures** maximum à partir de l'heure d'ouverture des réseaux de garde.

1.5 Aide à domicile

L'assistant met à disposition de l'assuré et ou de son conjoint une aide à domicile jusqu'à concurrence d'un maximum de **30 heures**.

La répartition des heures s'effectuera avec un minimum de 2 heures consécutives par jour du lundi au samedi de 8 h à 19 h, dans les 30 jours calendaires suivant l'évènement.

Cette prestation s'applique également pour une maternité entraînant une hospitalisation de plus de 8 jours, dans les 30 jours calendaires qui suivent l'évènement.

1.6 Accueil des clients sur le lieu d'activité de l'assuré

Si l'assuré n'a pas de secrétariat dans l'exercice habituel de sa profession, l'assistant prend en charge les frais de mise à disposition sur le lieu de travail d'une personne qui assurera exclusivement l'accueil physique et téléphonique sur place des clients pendant 2 jours maximum. L'assistant pourra mettre en relation l'assuré avec les organismes compétents pour que celui-ci organise avec eux la prestation.

En cas de décès de l'assuré, la demande de prestation devra intervenir dans les trois jours qui suivent ledit décès.

2. En cas de situation difficile de l'assuré ou de son conjoint

2.1 Un soutien psychologique

Les prestations suivantes sont fournies si l'assuré ou son conjoint sont confrontés à une situation difficile telle que :

- agression (ayant entraîné le dépôt d'une plainte),
- accident ou maladie grave,
- décès,

le touchant lui-même ou touchant **son conjoint, ses enfants ou ses parents**.

L'accompagnement proposé est limité à 3 entretiens téléphoniques au plus et dans tous les cas le premier appel doit intervenir dans les 3 mois qui suivent l'agression, l'accident, la maladie grave ou le décès.

Le soutien psychologique est assuré par un psychologue clinicien du réseau de l'assistant, qui aidera le bénéficiaire de cette prestation à identifier, évaluer et mobiliser ses ressources personnelles, familiales, sociales et médicales pour traverser ce moment difficile.

La prestation est rendue par téléphone, sur simple appel, un rendez-vous est pris avec un psychologue qui rappellera pour entamer la démarche.

Les entretiens se déroulent en toute confidentialité et dans le respect des codes de déontologie en vigueur. Si la situation du bénéficiaire nécessite un suivi à plus long terme par un praticien de terrain, le psychologue l'orientera vers son médecin traitant.

3. En cas d'invalidité partielle ou totale de l'assuré ou de son conjoint

3.1 Services à domicile

A la demande de l'assuré, l'assistant peut apporter conseil et aide dans l'organisation de l'habitat, notamment :

3.1-a) Recherche et mise à disposition du matériel médical prescrit,

3.1-b) Bilan de vie et audit de l'habitat :

L'assistant réalise **par téléphone** un bilan de vie pour mieux connaître et évaluer la situation du domicile du bénéficiaire, afin de lui proposer des solutions en adéquation avec ses besoins.

Le bilan de vie mesure le contexte dans lequel le bénéficiaire évolue, ainsi que les ressources dont il dispose. Il permet de connaître les habitudes de vie du bénéficiaire (comment se nourrit-il, reçoit-il des visites régulières...), son environnement familial (composition, proximité géographique), et d'évaluer le contexte matériel et affectif dans lequel il vit ainsi que les contacts qu'il a conservé avec la vie extérieure.

Il permet enfin d'évaluer si le logement du bénéficiaire est adapté ou non à son état et d'identifier les aménagements qu'il pourrait être nécessaire d'y effectuer. Si le bilan de vie fait ressortir que des aménagements sont nécessaires pour le maintien à domicile du bénéficiaire, l'assistant organise et prend en charge l'intervention d'un ergothérapeute du réseau de l'assistant, pour préciser les moyens nécessaires au maintien à domicile (aménagement douche à niveau, lit médicalisé, rampe d'accès, télé-assistance ...) et établir un devis des travaux à effectuer.

Cette prestation fournie par l'ergothérapeute est prise en charge dans la limite de 300€.

A ce stade, les aménagements qui pourraient être décidés par le bénéficiaire ou ses proches restent à la charge du bénéficiaire.

3.1-c) Une formation pratique à domicile :

L'assistant propose l'intervention d'une infirmière du réseau de l'assistant, au domicile de l'assuré afin de montrer et d'expliquer, à son proche, les bons gestes à effectuer et la bonne attitude à adopter vis-à-vis de la personne invalide.

L'intervention de l'infirmière à domicile se déroule en deux phases de deux heures :

- la première phase est consacrée à travailler avec le bénéficiaire uniquement sur différents thèmes (hygiène de vie, transferts et déplacements, toilette, habillage, repas...),
- la deuxième phase est destinée à mettre en pratique les différents thèmes avec la personne aidée.

Cette prestation est prise en charge dans la limite de 250€. Les coûts occasionnés par ces prestations restent à la charge de l'assuré (achat ou location de matériel, livraison...).

4. Enfant de l'assuré ou de son conjoint immobilisé suite à une maladie ou une blessure

4.1 Garde d'enfants malades à domicile

La Garde d'Enfants Malades à Domicile est un service qui permet à l'assuré de continuer à assurer son activité professionnelle si l'un de ses enfants est malade ou blessé, et s'il a besoin d'une personne à domicile à son chevet.

L'assistant recherche et envoie une personne compétente afin d'assurer cette garde pendant 2 jours maximum du lundi au samedi de 8h à 19h.

Cette prestation ne s'applique qu'au-delà des jours accordés par la Convention Collective de l'assuré en cas d'absences liées aux charges de famille.

CONDITIONS MÉDICALES ET ADMINISTRATIVES

L'assuré doit adresser à l'assistant pour chaque demande un certificat médical indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant.

De plus, l'assuré doit autoriser la personne qui garde l'enfant à joindre l'assistant par téléphone autant de fois que nécessaire.

DÉLAI DE MISE EN PLACE

L'assistant se réserve un délai maximum de 5 heures à partir de l'heure d'ouverture des réseaux d'assistantes maternelles agréées, afin de rechercher et d'acheminer la personne qui assurera la garde de l'enfant.

POUR CE SERVICE, SONT EXCLUES LES MALADIES :

- préexistantes diagnostiquées et/ou traitées, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance,
- nécessitant des soins médicaux relevant d'un service d'infirmière ou d'infirmier à domicile,
- relevant de l'hospitalisation à domicile.

A la demande de l'assuré, l'Assistant met à disposition d'un membre de la famille ou d'une personne désignée, un billet de train aller et retour 1ère classe ou d'avion classe économique (lorsque seul ce moyen peut être utilisé) pour lui permettre de se rendre au chevet de l'enfant, au départ de France métropolitaine ou de Monaco.

Cette prestation ne se cumule pas avec la mise à disposition d'une assistante maternelle.

E. DISPOSITIONS GÉNÉRALES CONCERNANT L'ASSISTANCE

1. Exclusions

Outre les exclusions précisées dans la Notice et Note d'information du contrat Aviva Senséo Prévoyance Libéral et Aviva Senséo Prévoyance Libéral "Loi Madelin", sont exclus :

- les tentatives de suicide,
- les états résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement ou d'alcool,
- les accidents liés à la pratique d'un sport dans le cadre d'une compétition officielle organisée par une Fédération Sportive et pour laquelle une licence est délivrée,
- les frais engagés par l'assuré ou ses proches sans accord préalable de l'assistant.

2. Circonstances exceptionnelles

L'assistant et Aviva Vie ne peuvent être tenu pour responsables des manquements à l'exécution des prestations dues à des cas de force majeure, à des interdictions décidées par les autorités locales ou à des grèves.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration intentionnelle et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité de la garantie.

L'assistant n'interviendra pas si l'assuré a commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur en France.

Les autres dispositions de la Notice et Note d'information restent applicables.



Aviva Vie
Société Anonyme d'Assurances Vie et de Capitalisation
au capital social de 1 205 528 532,67 euros
Entreprise régie par le Code des assurances
Siège social : 70 avenue de l'Europe
92270 Bois-Colombes
732 020 805 R.C.S. Nanterre

Aviva Assurances
Société Anonyme d'Assurances Incendie, Accidents
et Risques Divers - au capital social de 178 771 908,38 euros
Entreprise régie par le Code des assurances
Siège social : 13 rue du Moulin Bailly
92270 Bois-Colombes
306 522 665 R.C.S. Nanterre

ADER
(Association pour le Développement de l'Épargne
pour la Retraite)
Association sans but lucratif régie
par la loi du 1^{er} juillet 1901
Siège social : 24-26 rue de la Pépinière
75008 Paris

**Aviva Vie**

*Société Anonyme d'Assurances Vie et de Capitalisation
au capital social de 1 205 528 532,67 euros
Entreprise régie par le Code des assurances*
Siège social : 70 avenue de l'Europe
92270 Bois-Colombes
732 020 805 R.C.S. Nanterre

Aviva Assurances

*Société Anonyme d'Assurances Incendie, Accidents
et Risques Divers - au capital social de 178 771 908,38 euros
Entreprise régie par le Code des assurances*
Siège social : 13 rue du Moulin Bailly
92270 Bois-Colombes
306 522 665 R.C.S. Nanterre

ADER

*(Association pour le Développement de l'Épargne
pour la Retraite)
Association sans but lucratif régie
par la loi du 1^{er} juillet 1901*
Siège social : 24-26 rue de la Pépinière
75008 Paris