

VERSION
AVRIL 2019

Aviva Solution Prévoyance Pro

PRÉVOYANCE INDIVIDUELLE

**Notice
valant Note d'Information**

Notice valant Note d'Information

▶ Article 1 1

PRÉAMBULE SUR LES CONTRATS SOUSCRITS PAR L'ASSOCIATION ADER AUPRÈS DE L'ASSUREUR AVIVA VIE

- 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 1

OBJET DES CONTRATS AVIVA SOLUTION PRÉVOYANCE PRO ET AVIVA SOLUTION PRÉVOYANCE PRO « LOI MADELIN »

- 2-1. OBJET
- 2-2. LE REVENU ASSURÉ
- 2-3. LES GARANTIES DE PRÉVOYANCE
 - 2-3-1. Les garanties de base obligatoires
 - 2-3-2. Les garanties optionnelles

▶ Article 3 2

LEXIQUE

▶ Article 4 4

FONCTIONNEMENT DE L'ADHÉSION

- 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. ÉTATS ANTÉRIEURS
- 4-8. ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES
- 4-9. LES MONTANTS ASSURÉS

▶ Article 5 6

VIE DE L'ADHÉSION

- 5-1. AUGMENTATION / DIMINUTION DU REVENU ASSURÉ ET DES GARANTIES EN COURS D'ADHÉSION
- 5-2. AJOUT / SUPPRESSION D'UNE GARANTIE OPTIONNELLE
- 5-3. INDEXATION AUTOMATIQUE DU REVENU ASSURÉ ET DES GARANTIES
- 5-4. REVALORISATION DES PRESTATIONS
- 5-5. RÈGLEMENT DES COTISATIONS
- 5-6. MODIFICATION DU TARIF
- 5-7. OBLIGATIONS LIÉES AU DISPOSITIF FISCAL MADELIN

▶ Article 6 8

OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION

▶ Article 7 8

CESSATION DES GARANTIES

- 7-1. EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ
- 7-2. EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) DE L'ASSURÉ
- 7-3. EN CAS DE RETRAITE
- 7-4. EN CAS D'AGE DE CESSATION DES GARANTIES
- 7-5. EN CAS DE NON PAIEMENT DES COTISATIONS
- 7-6. A LA DEMANDE DE L'ADHÉRENT
- 7-7. A L'INITIATIVE DE L'ASSUREUR

DESCRIPTION DES GARANTIES

Les garanties de base obligatoires

- 8-1. GARANTIE DE BASE « CAPITAL DÉCÈS »
- 8-2. GARANTIE DE BASE « INCAPACITÉ »
- 8-3. GARANTIE DE BASE « INVALIDITÉ »

Les garanties optionnelles

a/ Les garanties optionnelles en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

- 8-4. GARANTIE OPTIONNELLE « RENTE ÉDUCATION »
- 8-5. GARANTIE OPTIONNELLE « DOUBLEMENT DÉCÈS ACCIDENT »

b/ Les garanties optionnelles en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente

- 8-6. OPTION « SÉRÉNITÉ »
- 8-7. GARANTIE OPTIONNELLE « FRAIS PROFESSIONNELS »
- 8-8. GARANTIE OPTIONNELLE « REMBOURSEMENT DES COTISATIONS »

EXCLUSIONS ET DISPOSITIONS SPÉCIALES

- 9-1. RISQUES EXCLUS POUR L'ENSEMBLE DES GARANTIES
- 9-2. RISQUES EXCLUS EN CAS DE DÉCÈS
- 9-3. RISQUES EXCLUS POUR LES GARANTIES « INCAPACITÉ », « INVALIDITÉ », « REMBOURSEMENT DES COTISATIONS » ET EN CAS DE PTIA
- 9-4. RISQUES EXCLUS POUR LES GARANTIES « INCAPACITÉ », « INVALIDITÉ », « FRAIS PROFESSIONNELS » ET « REMBOURSEMENT DES COTISATIONS »
- 9-5. DISPOSITIONS SPÉCIALES : MODALITÉS D'INDEMNISATION EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE OU PARTIELLE DE TRAVAIL OU D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE RÉSULTANT DE PATHOLOGIES DISCO-VERTEBRALES
- 9-6. DISPOSITIONS SPÉCIALES : MODALITÉS D'INDEMNISATION EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE OU PARTIELLE DE TRAVAIL OU D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE RÉSULTANT D'AFFECTIONS PSYCHIQUES
- 9-7. DISPOSITIONS SPÉCIALES : MODALITÉS D'INDEMNISATION EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL RÉSULTANT D'UN DON D'ORGANE OU DE MOELLE OSSEUSE
- 9-8. ACTIVITÉS SPORTIVES À RISQUES
- 9-9. RISQUE DE SÉJOUR

LES PRESTATIONS

- 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 PTIA 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 OU À L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL DE L'ASSURÉ
- 10-6. CONTRÔLE – EXPERTISE
- 10-7. FISCALITÉ

LES DROITS QUI PROTÈGENT L'ASSURÉ

- 11-1. DROIT DE RENONCIATION
- 11-2. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES
- 11-3. DROIT D'INFORMATION
- 11-4. DROIT D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE
- 11-5. RECOURS EN CAS DE LITIGE
- 11-6. ORGANISME DE CONTRÔLE
- 11-7. PRESCRIPTION
- 11-8. PARTICIPATION AUX BÉNÉFICES TECHNIQUES ET FINANCIERS
- 11-9. REVALORISATION DU CAPITAL DÉCÈS ET DES CAPITALS CONSTITUTIFS DE RENTE EN CAS DE DÉCÈS AVANT MISE EN PLACE DES PRESTATIONS AFFÉRENTES
- 11-10. INFORMATION RELATIVE AUX CAPITALS DÉCÈS EN DÉSHÉRENCE

Aviva Solution Prévoyance Pro

Notice valant Note d'Information

▶ Article 1

PRÉAMBULE SUR LES CONTRATS SOUSCRITS PAR L'ASSOCIATION ADER AUPRÈS DE L'ASSUREUR AVIVA VIE

1-1. NATURE DES CONTRATS

Aviva Solution Prévoyance Pro et Aviva Solution Prévoyance Pro « 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 en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (garantie vie), en cas d'incapacité temporaire totale ou partielle de travail et en cas d'invalidité permanente totale ou partielle (garanties 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 - 92270 Bois-Colombes), 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 1^{er} 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 Solution Prévoyance Pro et Aviva Solution Prévoyance Pro « Loi Madelin », identifiés respectivement sous les numéros 2.603.547 et 2.603.548, ont été souscrits à effet du 01/06/2018, pour une période se terminant le 31/12/2018.

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 ou par envoi recommandé électronique. Cette lettre ou cet envoi doit être envoyé(e) au moins 3 mois avant la date de renouvellement. La date d'expédition de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique 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 Solution Prévoyance Pro et/ou Aviva Solution Prévoyance Pro « 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 SOLUTION PRÉVOYANCE PRO ET AVIVA SOLUTION PRÉVOYANCE PRO « LOI MADELIN »

2-1. OBJET

L'objet des contrats Aviva Solution Prévoyance Pro et Aviva Solution Prévoyance Pro « Loi Madelin » est de permettre au dirigeant d'entreprise et à son conjoint collaborateur, quel que soit son statut et moyennant le paiement de cotisations, de renforcer sa protection financière en cas de décès ou de PTIA, d'incapacité temporaire totale ou partielle de travail et d'invalidité permanente totale ou partielle. Un Revenu Assuré est défini à l'adhésion par le candidat à l'assurance, en fonction des revenus professionnels et/ou des dividendes qu'il perçoit et souhaite garantir.

Les garanties (hors « Frais Professionnels ») sont exprimées en pourcentage de ce Revenu Assuré.

En cas d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente totale couverte par le contrat, les prestations (hors garantie « Frais Professionnels ») versées doivent permettre de reconstituer en intégralité le Revenu Assuré, en complément, le cas échéant, des prestations versées par les régimes obligatoires et/ou facultatifs.

Le candidat à l'assurance doit souscrire, a minima, les 3 garanties de base obligatoires (cf. article 2-3-1 de la présente Notice valant Note d'Information). Il peut aussi compléter sa couverture par des garanties optionnelles (cf. article 2-3-2 de la présente Notice valant Note d'Information).

2-2. LE REVENU ASSURÉ

Les garanties sont calculées sur la base d'un Revenu Assuré exprimé en euros, défini à l'adhésion par le candidat à l'assurance, et correspondant au montant de revenu annuel qu'il souhaite reconstituer en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente totale couverte par le contrat.

Détermination du Revenu Assuré

Le Revenu Assuré peut être constitué :

- des revenus professionnels seuls,
- des dividendes seuls,
- des revenus professionnels et des dividendes.

Le candidat à l'assurance choisit le montant de Revenu Assuré dans la limite :

- des revenus professionnels imposables déclarés auprès de l'administration fiscale l'année précédente ou bien correspondant à la moyenne des revenus déclarés au cours des 2 dernières années précédant l'adhésion, et tirés de l'activité professionnelle déclarée au contrat,
- des dividendes déclarés à l'administration fiscale l'année précédente et tirés de l'activité professionnelle déclarée au contrat,
- du montant total de revenu annuel maximum assurable indiqué à l'article 4-9-1 de la Notice valant Note d'Information.

Pour les créateurs et repreneurs, en cas d'absence de revenus l'année précédant l'adhésion, il est tenu compte des revenus et/ou dividendes prévisionnels.

Pour le conjoint collaborateur, le montant de Revenu Assuré est déterminé librement dans la limite du plafond déterminé à l'article 4-9-1 de la Notice valant Note d'Information.

En cours d'adhésion, le montant du Revenu Assuré peut être modifié à la hausse ou à la baisse dans les conditions prévues à l'article 5-1 de la Notice valant Note d'Information.

2-3. LES GARANTIES DE PRÉVOYANCE

Les garanties sont exprimées en pourcentage du Revenu Assuré (hors garantie « Frais Professionnels »).

La garantie « Frais Professionnels » est exprimée en euros.

Le candidat à l'assurance doit souscrire les garanties de base obligatoires et peut choisir des garanties optionnelles.

2-3-1. Les garanties de base obligatoires

Le candidat à l'assurance doit souscrire, a minima, les 3 garanties suivantes :

- « Capital Décès » en cas de décès ou de PTIA de l'assuré,
- « Incapacité » en cas d'incapacité temporaire totale ou partielle de travail de l'assuré,
- « Invalidité » en cas d'invalidité permanente totale ou partielle de l'assuré.

2-3-2. Les garanties optionnelles

Il peut choisir, en complément, les garanties optionnelles suivantes :

- « Doublement Décès Accident » en cas de décès ou de PTIA de l'assuré suite à un accident,
- « Rente Éducation » en cas de décès ou de PTIA de l'assuré,
- Option « Sérénité » en cas d'incapacité temporaire totale ou partielle de travail, ou d'invalidité permanente totale ou partielle de l'assuré,
- « Frais Professionnels » en cas d'incapacité temporaire totale ou partielle de travail de l'assuré,
- « Remboursement des cotisations ».

Les garanties des contrats Aviva Solution Prévoyance Pro et Aviva Solution Prévoyance Pro « Loi Madelin » sont décrites dans l'article 8 de la présente Notice valant Note d'Information.

▶ 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, impliquant un élément étranger à toute pathologie ou prédisposition interne à l'assuré.

Ne sont pas considérés comme accident, les affections résultant de la contamination ou infection par des agents infectieux biologiques ou non et notamment les bactéries, les virus, les parasites ou les prions ainsi que 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 qui adhère à l'assurance et s'engage à payer les cotisations. Dans les présents contrats, l'adhérent est la personne assurée.

Âge : 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. Dans les présents contrats, l'assuré est l'adhérent.

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 doit porter à l'adhésion la date, la commune et le département de naissance de cette personne, et le cas échéant ses coordonnées, 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 valant Note d'Information.

Certificat d'adhésion : Document émis par l'assureur et remis ou envoyé à l'adhérent, matérialisant son adhésion au(x) contrat(s) Aviva Solution Prévoyance Pro et/ou Aviva Solution Prévoyance Pro « 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 divorcé(e), non séparé(e) de corps judiciairement, ou le partenaire lié à l'assuré(e) par un pacte civil de solidarité. Le concubin n'est pas assimilé au conjoint. Pour qu'il soit bénéficiaire des garanties en cas de décès de l'adhérent/assuré, ce dernier doit impérativement le (la) désigner nominativement.

Consolidation médicale : 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 : L'assuré est considéré comme un créateur d'entreprise si son entreprise a été créée dans les 36 mois qui précèdent l'adhésion.

Délai d'attente : Période durant laquelle les garanties en cas d'incapacité ou 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 à charge :

Sont considérés comme enfants 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 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 ou qui est titulaire de la carte d'invalidité prévue par l'article 241-3 du Code de l'action 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 : Est considérée comme hospitalisation un séjour en clinique ou hôpital pour la pratique d'actes et/ou de traitements médicaux ou chirurgicaux, ainsi que 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.

Ne sont pas considérés comme hospitalisation les actes de soins au service des urgences, les consultations spécialisées en milieu hospitalier, ainsi que les examens médicaux ne nécessitant pas un séjour en milieu hospitalier.

Incapacité Temporaire Totale de Travail : L'assuré est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail lorsque, par suite de maladie ou d'accident, il ne peut plus exercer son activité professionnelle d'aucune manière que ce soit, même partiellement, qu'il s'agisse d'une activité effective ou limitée à la direction ou à la surveillance.

Incapacité Temporaire Partielle de Travail : L'assuré est considéré en état d'incapacité temporaire partielle de travail lorsque, par suite de maladie ou d'accident, il exerce son activité professionnelle à temps partiel qu'il s'agisse d'une activité effective ou limitée à la direction ou à la surveillance.

Indemnité Journalière : Prestation versée à l'assuré en cas d'incapacité temporaire totale ou partielle de travail.

Pour la garantie « Incapacité »

• A l'adhésion :

Le montant assuré journalier est déterminé à partir du Revenu Assuré.

• En cas de sinistre :

a/ Lorsqu'au jour du sinistre, le Revenu Assuré indexé est inférieur ou égal à 40 000 € :

Le montant de la prestation versée est déterminé à partir du Revenu Assuré indexé, déduction faite des prestations de même nature servies au titre des régimes obligatoires, complémentaires et/ou facultatifs.

b/ Lorsqu'au jour du sinistre, le Revenu Assuré indexé est supérieur à 40 000 € :

Le montant de l'indemnité journalière versée est calculé sur la base du Revenu Assuré indexé au jour du sinistre, dans la limite de 130% des revenus (y compris dividendes) déclarés à l'administration fiscale l'année précédant le sinistre, déduction faite des prestations de même nature servies au titre des régimes obligatoires, complémentaires et/ou facultatifs. En cas de baisse des revenus, il est possible de prendre en compte la moyenne des revenus déclarés les 2 années précédant le sinistre.

Les prestations en cas d'incapacité de travail versées en couverture d'un emprunt ne sont pas prises en compte.

Pour la garantie « Frais Professionnels »

• A l'adhésion :

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, en cas d'absence de frais constatés l'année précédant l'adhésion, le montant assuré est déterminé à partir des frais de fonctionnement annuels prévisionnels.

• En cas de sinistre :

Le montant de l'indemnité versée est déterminé à partir du montant assuré sans pouvoir excéder le montant des frais de fonctionnement annuels constatés lors du dernier exercice qui précède le sinistre.

Invalidité Permanente Totale ou Partielle : L'assuré est considéré en état d'invalidité permanente totale 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 l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pas pour origine un accident.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : L'assuré est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) s'il se trouve, par suite de maladie ou d'accident, dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou un travail quelconque lui procurant gain ou profit et que son état l'oblige, en outre, à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les 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 simples interventions de type aide-ménagère comme les courses ou le ménage. Il est également considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) en cas d'altération des fonctions cognitives nécessitant une surveillance ou une incitation permanente pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie.

Profession libérale non réglementée : Désigne l'exercice d'une activité qui n'est ni commerciale, ni artisanale, ni industrielle, ni agricole, et qui n'est pas qualifiée de profession libérale réglementée.

Sont considérées comme professions libérales réglementées, les professions suivantes, régularisées par un ordre professionnel : 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.

Repreneur : L'assuré est considéré comme un repreneur si la reprise de l'entreprise a été effectuée dans les 36 mois qui précèdent l'adhésion.

Revenus de l'assuré :

Les revenus de l'assuré sont constitués des :

- revenus professionnels imposables déclarés auprès de l'administration fiscale l'année précédente ou bien correspondant à la moyenne des revenus déclarés au cours des 2 dernières années précédant l'adhésion, et tirés de l'activité professionnelle déclarée au contrat,

et/ou

- dividendes déclarés à l'administration fiscale l'année précédente et tirés de l'activité professionnelle déclarée au contrat.

Pour les créateurs et repreneurs, en cas d'absence de revenus l'année précédant l'adhésion, il est tenu compte des revenus et/ou dividendes prévisionnels.

Pour le conjoint collaborateur, le revenu est déterminé librement dans la limite du plafond autorisé.

Sports :

• Sport amateur :

Sport pratiqué occasionnellement ou régulièrement, sans course ou compétition.

• Sport en compétition :

Sport amateur de haut niveau donnant lieu à la participation à des courses ou compétitions officielles, rémunérées ou non.

Nota :

Pour le ski alpin et le ski de fond, la compétition s'entend comme compétition sportive organisée par une fédération nationale ou internationale, à l'exception des tests de niveaux de l'Ecole de Ski Français (ESF).

• Sport professionnel :

Sport pratiqué avec une licence professionnelle et incluant la participation à des courses ou compétitions rémunérées.

Statuts :

• **Statut en Nom Propre :** désigne une personne physique qui exerce son activité en entreprise individuelle ou en EURL, sans création d'une société. Il peut s'agir d'un artisan, d'un commerçant ou d'une personne exerçant une profession libérale non réglementée.

• **Statut Gérant Majoritaire :** désigne une personne physique dirigeant une société à responsabilité limitée de type SARL, EURL, SELARL ou une SNC, dont elle détient seule ou avec conjoint et enfant, plus de 50% des parts. C'est un mandataire social qui a la qualité de travailleur non salarié. Le gérant de société en commandite par actions est assimilé au Gérant Majoritaire.

• **Statut Mandataire Social :** désigne une personne physique mandatée par une personne morale pour en assurer la représentation, la gestion et la direction. Il peut s'agir par exemple, d'un gérant minoritaire ou égalitaire de SARL ou SELARL, d'un président de SA, de SAS ou de SASU. Il est assimilé salarié.

• **Statut Micro-entrepreneur :** désigne une personne physique qui exerce son activité en entreprise individuelle ou en EURL, qui bénéficie du régime social « micro-social simplifié » et qui peut opter pour le régime fiscal « micro-fiscal simplifié ».

• **Statut Conjoint Collaborateur :** désigne le conjoint d'un dirigeant (marié ou pacsé) exerçant son activité en nom propre, en société à responsabilité limitée ou en micro-entreprise, qui participe de manière régulière à l'activité de l'entreprise. Il n'est ni conjoint associé, ni conjoint salarié.

FONCTIONNEMENT DE L'ADHÉSION

4-1. CONDITIONS D'ADHÉSION

PROFESSION ET STATUT

L'adhésion au contrat Aviva Solution Prévoyance Pro est réservée aux dirigeants d'entreprise en exercice en France Métropolitaine, Corse (C.T.U.), Guadeloupe, Guyane, Martinique, à la Réunion, ou dans la principauté de Monaco, affiliés à un Régime Obligatoire français, et relevant d'un des statuts suivants :

- Artisan en nom propre,
- Commerçant en nom propre,
- Profession libérale non réglementée en nom propre,
- Gérant majoritaire,
- Mandataire social,
- Micro-entrepreneur,

et à leur conjoint collaborateur, en exercice et affilié à un Régime Obligatoire français.

Le contrat Aviva Solution Prévoyance Pro « Loi Madelin » est ouvert à ces mêmes statuts, à l'exception du mandataire social assimilé salarié, et du micro-entrepreneur.

Les présents contrats ne sont, en outre, pas ouverts aux :

- Professions médicales et paramédicales,
- Professions agricoles,
- Professions libérales réglementées (voir lexique),
- Professions artistiques,
- Professions de la sécurité,
- Professions avec usage d'arme à feu,
- Professions du transport de matière dangereuse,
- Professions de la mine et d'exploitation de carrière,
- Professions de la pêche en mer ou du transport maritime,
- Professions de l'information hors Union Européenne,
- Professions en lien avec les arts divinatoires.

ÂGE

Pour souscrire les garanties, le candidat à l'assurance doit être âgé de 18 ans minimum et de 64 ans maximum.

L'âge est calculé par différence de millésime entre l'année d'adhésion et l'année de naissance.

LIEU DE RÉSIDENCE

Les présents contrats sont accessibles aux personnes fiscalement domiciliées en France et dont le lieu de résidence se trouve en France Métropolitaine, Corse (C.T.U.), Guadeloupe, Guyane, Martinique, à la Réunion, ou dans la principauté de Monaco.

Ils ne sont pas ouverts aux :

- personnes non fiscalement domiciliées en France,
- résidents de France Métropolitaine travaillant dans l'un des pays limitrophes de la France Métropolitaine (frontaliers),
- résidents des communautés d'outre-mer dont la Polynésie Française et la Nouvelle Calédonie,
- résidents de Mayotte,
- résidents monégasques non soumis à l'impôt sur le revenu français.

En tout état de cause, la demande d'adhésion doit être signée en France ou dans la principauté de Monaco. Les cotisations et les prestations sont libellées et réglées en euros.

4-2. FORMALITES 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 d'un questionnaire de santé et, le cas échéant, de formalités médicales et financières,

Dans le cas d'une acceptation immédiate de l'adhésion par l'assureur :

- lorsque l'adhérent a choisi la signature manuscrite, le certificat d'adhésion est émis directement par le conseiller en assurances. L'adhérent doit retourner signé un exemplaire du certificat d'adhésion, au siège de l'assureur (Aviva Vie - 70 avenue de l'Europe - 92270 Bois-Colombes). 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 sera adressée à l'adhérent afin de l'informer de cette annulation.
- lorsque l'adhérent a choisi la signature dématérialisée, le certificat d'adhésion et l'ensemble des documents contractuels - dès signature - sont mis à disposition de l'adhérent dans son espace sécurisé et automatiquement transmis à l'assureur.

Dans le cas d'une acceptation différée de l'adhésion par l'assureur :

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 condition de l'acceptation de l'adhésion par l'assureur.

- Lorsque l'adhérent a choisi la signature manuscrite, l'adhérent doit envoyer une demande d'adhésion signée au siège de l'assureur.
- Lorsque l'adhérent a choisi la signature dématérialisée, la demande d'adhésion - dès signature - est automatiquement transmise à l'assureur et est également mise à disposition de l'adhérent dans son espace sécurisé avec la présente Notice.

Dans tous les cas, l'acceptation de l'adhésion par l'assureur est matérialisée par la remise, l'envoi ou la mise à disposition de l'adhérent d'un certificat d'adhésion. La date d'entrée en vigueur des garanties est portée sur le certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation.

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 au Siège social de l'assureur de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception, ou sur l'adresse e-mail recommande_electronique_serv@aviva.com, de l'envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception par lequel 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 valant Note d'Information)

Le candidat à l'assurance, 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 à risques cités à l'article 9-8-1 de la présente Notice valant Note d'Information.

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 est fait application du délai d'attente en cas de maladie inhérent aux affections psychiques.

En cas de maladie : Les garanties couvrant l'incapacité temporaire totale de travail et l'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 quelles qu'elles soient, 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, burn out quel qu'il soit, bore out, fatigue chronique) ainsi que les fibromyalgies ou syndromes polyalgiques idiopathiques diffus, 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, récidive ou séquelle d'une affection pour laquelle il aurait été fait application des délais d'attente ci-dessus définis.

Augmentation du Revenu assuré et/ou de garantie(s), ajout d'une garantie optionnelle en cours d'adhésion (cf. articles 5-1 et 5-2 de la Notice valant Note d'Information) :

Les délais d'attente en cas d'accident ou de maladie s'appliquent également dans les cas suivants :

- augmentation du montant du Revenu Assuré,
- augmentation du montant de la garantie « Frais Professionnels »,
- passage à un niveau supérieur pour les garanties « Capital Décès » et « Rente Éducation »,
- ajout d'une garantie optionnelle, mais ne portent alors que sur le supplément de garantie résultant de la modification ou sur la nouvelle garantie.

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 montant acquises précédemment chez un autre assureur. L'acceptation de cette abrogation est mentionnée sur le certificat d'adhésion. Dans ce cas, le sinistre survenant pendant la période supposée du délai d'attente, sera indemnisé sur la base du montant des garanties souscrites chez le précédent assureur, dans la limite du montant des garanties et aux conditions (franchise, modalités d'indemnisation, etc) de la présente adhésion.

Les délais d'attente sont appliqués uniquement aux garanties non souscrites chez le précédent assureur ainsi qu'au supplément de garantie qui n'était pas couvert par le précédent contrat.

4-7. ÉTATS ANTÉRIEURS

4-7-1. Cas Général

a/ Les garanties s'exercent 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,
- sur les conséquences des affections et infirmités antérieures ou existantes au moment de l'adhésion si celles-ci ont été déclarées au questionnaire de santé et qu'elles n'ont fait l'objet d'aucune exclusion particulière portée sur le certificat d'adhésion.

b/ Survenance d'une maladie ou d'un accident entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date d'effet des garanties

- Si, au moment de la première constatation de la maladie ou de l'accident, l'acceptation de la demande d'adhésion a déjà été

prononcée par l'assureur, aucune prise en charge n'est accordée pour cette maladie ou cet accident ni pour leurs suites et conséquences,

- Si, au moment de la première constatation de la maladie ou de l'accident, l'acceptation de la demande d'adhésion n'a pas encore été prononcée par l'assureur, cet événement sera étudié lors de la phase d'acceptation, sous réserve que l'assuré en ait informé l'assureur dans les 15 jours qui suivent sa survenance.

Dans ce dernier cas, le défaut d'information de l'assureur dans les 15 jours qui suivent l'évènement aura pour conséquence l'absence de prise en charge de la maladie ou de l'accident ainsi que leurs suites et conséquences.

c/ Survenance d'une maladie ou d'un accident entre la date de signature d'une demande d'augmentation du Revenu Assuré et/ou de garantie(s), et/ou d'un ajout de garantie optionnelle en cours de contrat et la date d'effet de la demande

- Si, au moment de la première constatation de la maladie ou de l'accident, l'acceptation de la demande d'augmentation du Revenu Assuré et/ou de garantie(s) et/ou d'ajout de garantie optionnelle a déjà été prononcée par l'assureur, la prise en charge intervient sur la base des garanties et des montants acquis antérieurement à la demande d'augmentation ou d'ajout.
- Si, au moment de la première constatation de la maladie ou de l'accident, l'acceptation de la demande d'augmentation du Revenu Assuré et/ou de garantie(s) et/ou d'ajout de garantie optionnelle n'a pas encore été prononcée par l'assureur, cet événement sera étudié lors de la phase d'acceptation, sous réserve que l'assuré en ait informé l'assureur dans les 15 jours qui suivent sa survenance.

Dans ce dernier cas, le défaut d'information de l'assureur dans les 15 jours qui suivent l'évènement aura pour conséquence :

- En cas d'ajout de garantie, une absence de prise en charge de la maladie ou de l'accident ainsi que ses suites et conséquences au titre de la garantie ajoutée,
- En cas d'augmentation du Revenu Assuré et/ou de garantie(s), une indemnisation de la maladie ou de l'accident ainsi que ses suites et conséquences sur la base des montants garantis avant la demande d'augmentation du Revenu Assuré et/ou de garantie(s).

4-7-2. Cas d'un remplacement de contrat

a/ Survenance d'une maladie ou d'un accident entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date d'effet des garanties

1. Lorsque les garanties souscrites remplacent des garanties de même nature et de même montant acquises précédemment chez un autre assureur :

- Si, au moment de la première constatation de la maladie ou de l'accident, l'acceptation de la demande d'adhésion a déjà été prononcée par l'assureur, les garanties pourront s'exercer en cas de rechute survenant postérieurement à la date d'effet des garanties, sur les suites et conséquences de cette maladie ou de cet accident.
- Si, au moment de la première constatation de la maladie ou de l'accident, l'acceptation de la demande d'adhésion n'est pas encore prononcée, cet élément sera étudié lors de la phase d'acceptation sous réserve que l'assuré en ait informé l'assureur dans les 15 jours qui suivent sa survenance.

Dans ce cas, le défaut d'information de l'assureur dans les 15 jours qui suivent l'évènement aura pour conséquence une absence de prise en charge de la rechute survenue dans les conditions visées ci-dessus ainsi que ses suites et conséquences.

2. Lorsque les garanties et les montants souscrits diffèrent de ceux précédemment acquis chez un autre assureur :

Pour toute nouvelle garantie souscrite, non acquise précédemment chez un autre assureur, ce sont les dispositions visées à l'article 4-7-1. qui s'appliquent pour cette nouvelle garantie. Pour toute garantie souscrite, de même nature que celle précédemment acquise chez un autre assureur mais pour un montant supérieur, ce sont les dispositions visées à l'article 4-7-1. qui s'appliquent sur le supplément de garantie.

b/ Application des franchises en cas de rechute

En cas de rechute intervenant après la date d'effet et pendant le délai d'attente :

- si la rechute intervient moins de deux mois après la reprise des activités, l'indemnisation est effectuée sans application de la franchise à hauteur des montants de garanties détenues à la concurrence.
- si la rechute intervient deux mois après la reprise du travail, l'indemnisation est effectuée avec application de la franchise à hauteur des montants de garanties détenues à la concurrence. Toutefois, si l'assuré est en arrêt de travail au titre d'une affection de longue durée il ne sera pas fait application de la franchise.

Pendant cette période, les délais d'attente s'appliquent sur le supplément de garanties non couvert par le contrat précédemment en place chez un autre assureur.

En cas de rechute intervenant après la date d'effet et après le délai d'attente :

- si la rechute intervient moins de deux mois après reprise des activités, l'indemnisation est effectuée sans application de la franchise sur **la totalité des montants garantis**.
- si la rechute intervient deux mois après la reprise du travail l'indemnisation est effectuée avec application de la franchise sur **la totalité des montants garantis**. Toutefois, si l'assuré est en arrêt de travail au titre d'une affection de longue durée il ne sera pas fait application de la franchise.

4-8. ÉTENDUE 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 élection 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 en France.

4-9. LES MONTANTS ASSURÉS

A l'adhésion, le Revenu Assuré et les garanties sont souscrites selon les possibilités suivantes :

4-9-1. Le Revenu Assuré

Revenu assuré minimum	Revenu assuré maximum
10 000 € par an	160 000 € par an Micro-entrepreneur : 80 000 € par an Créateur : 40 000 € par an Conjoint collaborateur : 30 000 € par an

4-9-2. Les garanties

Pour les garanties de base obligatoires :

Capital Décès	En % du Revenu Assuré
	Niveaux proposés : - 200% - 300% + 100% par enfant à charge (limité à 3 enfants) - 400% + 150% par enfant à charge (limité à 3 enfants)
Double Effet	En % du Capital Décès
	100% du Capital Décès
Incapacité	En % du Revenu Assuré ⁽¹⁾
	100%
Invalidité	En % du Revenu Assuré ⁽¹⁾
En cas d'Invalidité Permanente Totale (taux ≥ 66%)	100%

En cas d'Invalidité Permanente Partielle (taux T ≥ 33% et < 66%)	100% x T / 66
En cas d'Invalidité Permanente Partielle avec option « Invalidité 20% » (taux T ≥ 20% et < 66%)	100% x T / 66

Pour les garanties optionnelles :

Doublement Décès Accident	En % du Capital Décès
	100% du Capital Décès
Rente Education	En % du Revenu Assuré, par an et par enfant
	Niveaux proposés : - 8%/10%/15% - 15%/20%/25%
Frais professionnels	En euros
	Minimum : 15€ / jour Maximum : 50€ / jour
Remboursement des cotisations	En % de l'assiette de cotisations concernées ⁽²⁾
En cas d'Incapacité temporaire totale de travail	100%
En cas d'Incapacité temporaire partielle de travail	50%
En cas d'Invalidité Permanente Totale (taux ≥ 66%)	100%
En cas d'Invalidité Permanente Partielle (taux ≥ 33% ou 20% et < 66%)	50%

(1) Ces montants prennent en compte les prestations des Régimes Obligatoires au moment du sinistre.

(2) voir article 8-8.c/ de la Notice valant Note d'Information

► Article 5

VIE DE L'ADHÉSION

5-1. AUGMENTATION /DIMINUTION DU REVENU ASSURÉ ET DES GARANTIES EN COURS D'ADHÉSION

a/Le Revenu Assuré

Augmentation du montant du Revenu Assuré

Moyennant la réévaluation de la cotisation, l'adhérent peut demander en cours d'adhésion, dans les 3 mois qui précèdent **la date anniversaire de son adhésion**, à augmenter le montant du Revenu Assuré.

Cette augmentation est soumise aux conditions applicables à une nouvelle adhésion, conformément à la Notice valant Note d'Information en vigueur à cette date.

Toute demande d'augmentation du Revenu Assuré doit être accompagnée d'un questionnaire de santé 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.

Sous réserve d'acceptation, l'augmentation prend effet à la date anniversaire de l'adhésion.

Aucune modification du Revenu Assuré ne peut être demandée tant que l'assuré perçoit des prestations de l'assureur.

Diminution du montant du Revenu Assuré

L'adhérent peut demander en cours d'adhésion à diminuer le Revenu Assuré.

Sous réserve qu'elle respecte les minima de garanties indiqués à l'article 4-9 de la Notice valant Note d'Information. La diminution prend effet à l'échéance de cotisation qui suit la réception de la demande.

b/ Les garanties

Augmentation des garanties en cas de décès liée à un changement de niveau de garantie

Moyennant la réévaluation de la cotisation, l'adhérent peut demander en cours d'adhésion, à tout moment, d'opter pour un niveau de garantie supérieur pour les garanties suivantes :

- « Capital Décès »,
- « Rente Éducation »,

Cette augmentation est soumise aux conditions applicables à

une nouvelle adhésion, conformément à la Notice valant Note d'Information en vigueur à cette date.

Toute demande d'augmentation des garanties doit être accompagnée d'un questionnaire de santé 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.

Pour la garantie « Rente éducation », la désignation d'un nouvel enfant bénéficiaire peut être demandée à tout moment.

Si elle entre dans le cadre de l'ajustement naissance d'un nouvel enfant, cette désignation n'est pas soumise à des formalités médicales (voir article 8-4. g/ de la présente Notice valant Note d'Information).

Sous réserve d'acceptation, l'augmentation prend effet à l'échéance de cotisation qui suit l'acceptation.

Aucune augmentation des garanties ne peut être demandée tant que l'assuré perçoit des prestations de l'assureur.

Diminution des garanties en cas de décès liée à un changement de niveau de garantie

L'adhérent peut demander en cours d'adhésion à tout moment, d'opter pour un niveau de garantie inférieur pour les garanties suivantes :

- « Capital Décès »,
- « Rente Éducation ».

Pour la garantie « Rente Éducation », le retrait d'un enfant désigné bénéficiaire peut être demandé à tout moment.

Le montant de la cotisation est revu en conséquence.

Sous réserve qu'elle respecte les minima de garanties indiqués à l'article 4-9 de la Notice valant Note d'Information, la diminution prend effet à l'échéance de cotisation qui suit la réception de la demande.

c/ La garantie « Frais Professionnels »

Augmentation du montant de la garantie

Moyennant la réévaluation de la cotisation, l'adhérent peut demander en cours d'adhésion, à tout moment, à augmenter le montant de la garantie « Frais Professionnels ».

Cette augmentation est soumise aux conditions applicables à une nouvelle adhésion, conformément à la Notice valant Note d'Information en vigueur à cette date.

Toute demande d'augmentation des garanties doit être accompagnée d'un questionnaire de santé 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.

Sous réserve d'acceptation, l'augmentation prend effet à l'échéance de cotisation qui suit l'acceptation.

Aucune augmentation des garanties ne peut être demandée tant que l'assuré perçoit des prestations de l'assureur.

Diminution du montant de la garantie

L'adhérent peut demander en cours d'adhésion à tout moment, à diminuer le montant de la garantie « Frais Professionnels ».

Le montant de la cotisation est revu en conséquence.

Sous réserve qu'elle respecte les minima de garanties indiqués à l'article 4-9 de la Notice valant Note d'Information, la diminution prend effet à l'échéance de cotisation qui suit la réception de la demande.

5-2. AJOUT / SUPPRESSION D'UNE GARANTIE OPTIONNELLE

a/ Ajout d'une garantie optionnelle

L'adhérent peut demander en cours d'adhésion, à tout moment, à ajouter une nouvelle garantie optionnelle et/ou l'option « Invalidité 20% » moyennant une révision des cotisations. Cette demande sera soumise aux conditions applicables à une nouvelle adhésion conformément à la Notice valant Note d'Information en vigueur à cette date.

Toute demande d'ajout d'une garantie optionnelle ou de l'option « Invalidité 20% » doit être accompagnée d'un questionnaire de santé 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.

Sous réserve d'acceptation, la demande prend effet à l'échéance de cotisation qui suit l'acceptation.

Aucun ajout de garantie ne peut être demandé tant que l'assuré perçoit des prestations de l'assureur.

A noter que l'ajout de l'Option « Sérénité » n'est pas possible en cours d'adhésion.

b/ Suppression d'une garantie optionnelle

L'adhérent peut demander en cours d'adhésion, à tout moment, à supprimer une garantie optionnelle et/ou l'option « Invalidité 20% ». Le montant de la cotisation est revu en conséquence.

La résiliation prend effet à l'échéance de cotisation qui suit la réception de la demande.

5-3. INDEXATION AUTOMATIQUE DU REVENU ASSURÉ ET DES GARANTIES

Le Revenu Assuré, la garantie « Frais Professionnels », ainsi que les cotisations du contrat sont automatiquement 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 (PASS) constatée au 1^{er} janvier de l'exercice précédant la date anniversaire de l'adhésion.

L'évolution du Revenu Assuré selon l'indice du PASS, entraîne concomitamment celle du montant des garanties exprimées en pourcentage du Revenu Assuré.

Pour permettre d'apprécier l'évolution des montants assurés et des cotisations en lien avec l'indexation, l'assureur communique chaque année à l'adhérent les nouveaux montants du Revenu Assuré, et de la garantie « Frais Professionnels » si elle a été souscrite, ainsi que des cotisations.

L'adhérent n'a pas la possibilité de refuser cette actualisation.

5-4. REVALORISATION DES PRESTATIONS

Les prestations des garanties « Incapacité », « Invalidité » et « Frais Professionnels » sont revalorisées tous les ans à la date anniversaire de la prise d'effet 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, dans la limite 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 : « Incapacité », « Invalidité », « Frais Professionnels ».

5-5. RÈGLEMENT DES COTISATIONS

a/ Montant de la cotisation

Le montant de la cotisation est fonction :

- de la profession et du statut déclarés,
- de l'âge de l'assuré à l'adhésion,
- du lieu de résidence de l'assuré à l'adhésion,
- du Revenu Assuré et, pour la garantie « Frais Professionnels », du montant de la prestation journalière assurée,
- des garanties souscrites et options choisies,
- du nombre d'enfant(s) désigné(s) bénéficiaire(s) pour la garantie « Rente Éducation »,
- du statut fumeur ou non-fumeur de l'assuré pour les garanties en cas de décès,
- des surprimes médicales éventuelles notifiées par l'assureur,
- des taxes d'assurance en vigueur.

L'âge qui sert à la détermination de la cotisation est obtenu par différence entre le millésime de l'année d'adhésion et le millésime de l'année de naissance de l'assuré.

Le détail des cotisations figure sur le certificat d'adhésion.

Un droit d'adhésion unique à l'association ADER est prélevé avec la première cotisation.

b/ Règlement des cotisations :

La périodicité du règlement des cotisations est indiquée sur le certificat d'adhésion. A l'adhésion, l'adhérent peut choisir de payer les cotisations annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement à sa convenance en respectant les minima en vigueur. 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 de la prise d'effet de l'adhésion.

c/ 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 est 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 automatiquement 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 ou d'invalidité), l'assureur se réserve la faculté d'en poursuivre le recouvrement, 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 notamment toute évolution des régimes obligatoires.

En tout état de cause, l'adhérent reçoit, chaque année, un avis d'échéance joint au bilan de garanties et sur lequel figure le montant de sa cotisation.

5-7. OBLIGATIONS LIÉES AU DISPOSITIF FISCAL MADELIN

L'adhérent qui exerce son activité professionnelle sous l'un des statuts suivants :

- Artisan,
- Commerçant,
- Profession libérale non réglementée,
- Gérant majoritaire,
- Conjoint collaborateur,

peut bénéficier des dispositions fiscales prévues à l'article 154 bis et concordants du Code Général des Impôts permettant de déduire les cotisations d'assurance des bénéficiaires industriels et commerciaux, des bénéficiaires non commerciaux, ou des rémunérations visées à l'article 62 du Code Général des Impôts, dans les limites prévues par la réglementation, conformément au régime d'imposition qui lui est propre.

Il doit obligatoirement être à jour de ses cotisations aux Régimes Obligatoires Maladie et Retraite et être en mesure de l'attester auprès de l'assureur.

Il lui incombe de porter à la connaissance de l'assureur, par écrit, tout changement de situation rendant inapplicable le bénéfice Madelin, et ce dans les 30 jours à compter de la survenance de l'événement. La perte du bénéfice Madelin due à un événement non déclaré à l'assureur ne donne pas lieu au remboursement des cotisations. De même, les périodes fiscales closes ne donnent pas lieu à un remboursement des cotisations d'assurance.

▶ Article 6

OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION

Les garanties accordées à l'assuré sont fonction de différents facteurs, dont sa profession, son statut, son lieu de résidence et son profil tabagique.

Aussi, l'assuré doit prévenir l'assureur par lettre recommandée adressée à son Siège social ou par envoi recommandé électronique à `recommande_electronique_serv@aviva.com` dans les 30 jours qui suivent un changement de situation concernant :

- tout changement concernant son profil tabagique, et notamment le fait qu'il se mette à fumer, même occasionnellement, alors qu'il s'était déclaré non-fumeur à l'adhésion ;
- son statut et/ou sa profession ;
- son départ à la retraite ;

- son domicile (changement d'adresse et/ou changement de juridiction fiscale de résidence) ;
- 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 montant de cotisation adapté à la nouvelle situation ;
- soit la révision du montant du Revenu Assuré et par voie de conséquence du niveau des garanties ;
- soit de mettre fin aux garanties optionnelles dont il ne remplit plus les conditions d'accès ou à l'adhésion si la nouvelle situation affecte l'une des trois garanties de base obligatoires ;

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 au-delà d'un délai de 30 jours 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. EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès de l'assuré, le paiement au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), du capital décès et de la « Rente éducation », si elle a été souscrite, met fin à l'ensemble des garanties de l'adhésion.

7-2. EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

Si l'assuré reconnu en état de PTIA demande le règlement du capital décès par anticipation, le paiement de cette prestation et de la rente éducation, 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. EN CAS DE RETRAITE

Les garanties des présents contrats prennent fin à l'échéance qui suit la date de départ à la retraite.

7-4. EN CAS D'ÂGE DE CESSATION DES GARANTIES

Au plus tard, les garanties des présents contrats prennent fin au terme de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 67 ans. Cet âge est calculé par différence de millésime entre l'année d'assurance et l'année de naissance.

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. EN CAS DE NON 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 est 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 automatiquement 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 ou d'invalidité), l'assureur se réserve la faculté d'en poursuivre le recouvrement, le cas échéant, par la voie judiciaire.

7-6. A LA DEMANDE DE L'ADHÉRENT

Résiliation d'une ou plusieurs garantie(s) optionnelle(s)

En cas de demande de résiliation d'une ou plusieurs garantie(s) optionnelle(s), celle(s)-ci cesse(nt) au terme de la période couverte

par la dernière cotisation réglée qui suit la réception par l'assureur de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception, ou sur l'adresse e-mail recommande_electronique_serv@aviva.com, de l'envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception par lequel l'adhérent l'informe de sa volonté de résilier la ou lesdites garantie(s).

Résiliation de l'adhésion

La demande de résiliation de l'adhésion doit être adressée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au Siège social de l'assureur ou par un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception à recommande_electronique_serv@aviva.com au plus tard 2 mois avant la date anniversaire de l'adhésion, date à laquelle l'adhésion prend fin. A défaut, elle prendra fin à la date anniversaire suivante.

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 demande d'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 à condition que :

- 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 obligatoires

Le candidat à l'assurance doit a minima adhérer aux 3 garanties de base obligatoires suivantes, et ce, en vue de se couvrir en cas de décès ou de PTIA, d'incapacité temporaire totale ou partielle de travail et d'invalidité permanente totale ou partielle.

- 8-1. Garantie de base « Capital Décès »
- 8-2. Garantie de base « Incapacité »
- 8-3. Garantie de base « Invalidité »

Ces garanties sont indissociables et ne peuvent être choisies seules.

Les garanties optionnelles

Les garanties optionnelles suivantes sont proposées en complément des 3 garanties de base obligatoires :

a/ Les garanties optionnelles en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'autonomie (PTIA)

- 8-4. Garantie optionnelle « Rente Éducation »
- 8-5. Garantie optionnelle « Doublement Décès Accident »

b/ Les garanties optionnelles en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente

- 8-6. Option « Sérénité »
- 8-7. Garantie optionnelle « Frais Professionnels »
- 8-8. Garantie optionnelle « Remboursement des Cotisations »

8-1. GARANTIE DE BASE « CAPITAL DÉCÈS »

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie obligatoire ne peut être souscrite que dans le cadre du contrat Aviva Solution Prévoyance Pro.

b/ Objet de la garantie :

• Décès

(sous réserve des exclusions et des dispositions spéciales visées à l'article 9 de la présente Notice valant Note d'Information).

En cas de décès de l'assuré, le capital garanti est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s).

Le versement du capital décès met fin à l'ensemble des garanties de l'adhésion.

• Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et des dispositions spéciales visés aux articles 4-6 et 9 de la présente Notice valant Note d'Information).

Si l'assuré est reconnu en état de PTIA (cf. lexique) et s'il souhaite expressément que l'assureur l'indemnisé au titre de cette garantie, il lui sera versé, par anticipation, le capital prévu en cas de décès. Le paiement de ce capital met fin à l'adhésion et au versement des prestations en cours ou dont pourrait bénéficier l'assuré notamment au titre des garanties en cas d'incapacité ou d'invalidité.

Si l'assuré reconnu en état de PTIA, ne souhaite pas expressément être indemnisé au titre de la PTIA, il pourra continuer à bénéficier des prestations en cours jusqu'au terme contractuellement prévu.

c/ Montant du capital décès :

Le montant du capital décès versé en cas de décès ou de PTIA de l'assuré est exprimé en pourcentage du Revenu Assuré.

3 niveaux de capital décès sont accessibles :

- 200% du Revenu Assuré,
- 300% du Revenu Assuré + 100% du Revenu Assuré par enfant à charge, limité à 3 enfants,
- 400% du Revenu Assuré + 150% du Revenu Assuré par enfant à charge, limité à 3 enfants.

Le niveau choisi est porté sur le Certificat d'Adhésion.

En cas de sinistre, le montant versé est déterminé à partir du montant de Revenu Assuré indexé au jour du sinistre et du niveau de Capital décès applicable à cette date. Le montant de capital versé au titre de la majoration pour enfant à charge (cf. lexique) est déterminé au moment du sinistre en fonction du nombre d'enfant à charge de l'assuré au jour du sinistre, dans la limite de 3 enfants.

d/ Modalités d'indemnisation :

En cas de décès, le capital est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans les 30 jours qui suivent la réception des pièces nécessaires au règlement des prestations (voir article 10-2 de la Notice valant Note d'Information).

En cas de PTIA, le capital est versé à l'assuré 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 valant Note d'Information).

e/ Reconnaissance de l'état de PTIA :

L'état de PTIA est constaté par voie d'expertise médicale réalisée par un médecin expert indépendant désigné par l'assureur.

En cas d'altération des fonctions cognitives nécessitant une surveillance ou une incitation permanente pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, l'assuré doit communiquer à l'assureur les résultats d'un test cognitif M. M. S. E. de Folstein. L'assuré est en état de PTIA lorsque le résultat du test cognitif est inférieur ou égal à 10 (le test peut être différent mais le niveau doit être équivalent à celui donné pour le test M.M.S.E. de Folstein).

f/ Double effet :

Si, simultanément au décès, ou dans l'année qui suit le décès ou la PTIA de l'assuré, le conjoint de celui-ci décède ou est atteint de PTIA avant son départ à la retraite et au plus tard à son 67^{ème} anniversaire, il est versé un capital supplémentaire aux enfants 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. Par « enfants à charge » (cf. lexique), on entend ici les enfants qui étaient 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.

8-2. GARANTIE DE BASE « INCAPACITÉ »

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie obligatoire, peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Solution Prévoyance Pro ou du contrat Aviva Solution Prévoyance Pro « Loi Madelin ».

b/ Objet de la garantie :

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

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

Le montant de la garantie « Incapacité » est égal à 100% du Revenu Assuré. Ce montant, exprimé en pourcentage du Revenu Assuré, est porté au Certificat d'Adhésion.

En tout état de cause, la garantie « Incapacité » 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 2 dernières années précédant l'adhésion, 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 son Revenu Assuré (cf. article 5-1 de la Notice valant Note d'Information).

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 valant Note d'Information).

Les indemnités journalières dues au titre de la garantie sont versées pendant une période décomptée à partir de l'expiration du délai de franchise indiqué sur le certificat d'adhésion.

Application de la franchise hospitalisation :

- En cas d'hospitalisation, si l'assuré a choisi une franchise de 3 jours, l'indemnité journalière est versée dès le premier jour d'hospitalisation à condition :
 - d'avoir un arrêt de travail sur prescription médicale d'une durée supérieure à 3 jours consécutivement à l'hospitalisation
 - d'être hospitalisé pour une nuitée minimum en hôpital ou à domicile ou d'avoir subi un acte de chirurgie ambulatoire (moins de 24 H).

Si ces conditions cumulatives ne sont pas remplies, c'est la franchise maladie qui s'applique.

Application de la franchise accident :

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

Cas particulier :

Pour les affections visées dans la liste ci-dessous, il est fait systématiquement application de la franchise maladie. En outre, en cas d'hospitalisation, si l'option « Sérénité » n'a pas été souscrite, la franchise maladie est décomptée à partir du 1^{er} jour d'hospitalisation.

Cette disposition concerne :

- les affections psychiques suivantes, quelle qu'en soit l'origine, (dépressions quelles qu'elles soient, 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, burn out quel qu'il soit, bore out, fatigue chronique) ainsi que les fibromyalgies ou syndromes polyalgiques idiopathiques diffus.
- les affections disco-vertébrales suivantes, qu'elles soient d'origine médicale ou traumatique, cervicalgies, cruralgies, dorsalgies, lombalgies, sciatiques, hernies discales, névralgies cervico brachiales, fessalgies, discopathies, spondylolisthésis.

Cette disposition ne concerne pas les fractures vertébrales, lésions de la moelle épinière avec atteinte neurologique et les affections disco-vertébrales d'origine tumorale.

e/ Durée d'indemnisation :

Les indemnités journalières sont versées, pour une même maladie ou un même accident au plus tard jusqu'au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail franchise incluse, en un ou plusieurs arrêts sur toute la durée de l'adhésion.

Si en cours d'indemnisation, l'assuré présente une maladie intercurrente ou concomitante ou est victime d'un accident, cette maladie ou cet accident ne peut en aucun cas donner lieu à un cumul

des indemnités journalières ou à une prolongation de la période maximale d'indemnisation de 1095 jours franchise incluse.

f/ Montant de l'indemnité journalière versée :

En cas de sinistre, les prestations versées doivent permettre de reconstituer en intégralité le Revenu Assuré, déduction faite, le cas échéant, des prestations servies par les régimes obligatoires, complémentaires et/ou facultatifs. En tout état de cause, l'assuré doit être affilié à un régime obligatoire français et à jour du paiement de ses cotisations.

- Lorsque le Revenu Assuré indexé au jour du sinistre est inférieur ou égal à 40 000€

Le montant de l'indemnité journalière versée est calculé sur la base du Revenu Assuré indexé au jour du sinistre, déduction faite des prestations de même nature servies par les régimes obligatoires, complémentaires et/ou facultatifs. Les prestations en cas d'incapacité de travail versées en couverture d'un emprunt ne sont pas prises en compte.

- Lorsque le Revenu Assuré indexé au jour du sinistre est supérieur à 40 000€

Le montant de l'indemnité journalière versée est calculé sur la base du Revenu Assuré indexé au jour du sinistre, dans la limite de 130% des revenus (y compris dividendes) déclarés à l'administration fiscale l'année précédant le sinistre, déduction faite des prestations de même nature servies au titre des régimes obligatoires, complémentaires et/ou facultatifs. En cas de baisse des revenus, il est possible de prendre en compte la moyenne des revenus déclarés les 2 années précédant le sinistre.

Les prestations en cas d'incapacité de travail versées en couverture d'un emprunt ne sont pas prises en compte.

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. Quoi qu'il en soit, il se termine à la date du départ à la retraite de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint son 67^{ème} anniversaire.

i/ Cas des créateurs :

A l'adhésion, le Revenu Assuré de l'assuré « créateur » est plafonné à 40 000€ pendant les trois premières années de l'adhésion. Passé le délai de trois ans, l'assuré peut demander à augmenter son Revenu Assuré au-delà de 40 000€.

Toute demande d'augmentation du Revenu Assuré doit être réalisée par l'assuré, dans les 3 mois qui précèdent la date anniversaire de son adhésion en adressant une demande par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au Siège social de l'assureur ou un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception à recommande_electronique_serv@aviva.com. La modification prend effet à la date anniversaire de l'adhésion.

j/ Non cumul de prestations :

Les prestations versées au titre de la garantie « Incapacité » ne peuvent en aucun cas se cumuler aux prestations versées au titre de la garantie « Invalidité » ou de la PTIA.

k/ Rechute après reprise de travail :

- Si la rechute intervient 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. Si le ou les arrêts de travail précédents n'ont pas donné lieu à indemnisation (car la durée de l'arrêt était inférieure à la franchise choisie), il sera tenu compte de ce ou ces arrêts de travail dans le décompte de la franchise.
- Si la rechute intervient plus de 2 mois après la reprise du travail, l'indemnisation reprendra après expiration du délai de franchise choisi.

Toutefois, si l'assuré est en arrêt de travail au titre d'une affection de longue durée il ne sera pas fait application de la franchise.

Si la rechute liée aux suites ou séquelles d'un accident déjà indemnisé intervient plus de 2 mois après la reprise du travail, c'est la franchise choisie en cas de maladie qui sera appliquée. Dans tous les cas, la franchise accident ne s'applique qu'une seule fois pour un même accident.

l/ Incapacité partielle de travail :

L'assuré qui, par suite d'une maladie ou d'un accident, se trouve en incapacité temporaire partielle de travail (cf lexique), perçoit une indemnité journalière égale à 50 % de l'indemnité journalière garantie. Cette indemnité est versée, pour un même événement accidentel ou une même maladie, au maximum pendant 12 mois (365 jours) sur toute la durée de l'adhésion et sous réserve que l'état de santé de l'assuré ne permette pas une reprise d'activité à temps plein.

m/ Durée d'indemnisation maximale en cas de cumul des indemnités

Pour un même événement accidentel ou une même maladie, la durée de versement des indemnités journalières réglées pour les périodes d'incapacité temporaire totale de travail et d'incapacité temporaire partielle de travail ne peut excéder 1095 jours, franchise comprise.

Si en cours d'indemnisation, l'assuré présente une maladie intercurrente ou concomitante ou est victime d'un accident, cette maladie ou cet accident ne peut en aucun cas donner lieu à un cumul des indemnités journalières ou à une prolongation de la période maximale d'indemnisation de 1095 jours franchise incluse.

8-3. GARANTIE DE BASE « INVALIDITÉ »

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie, obligatoire, peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Solution Prévoyance Pro ou du contrat Aviva Solution Prévoyance Pro « Loi Madelin ».

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 limitation

En cas d'invalidité permanente totale, le montant de la garantie « Invalidité » est égal à 100% du Revenu Assuré.

En cas d'invalidité permanente partielle, le montant est fonction du Revenu Assuré et du taux d'invalidité.

Ce montant est porté au Certificat d'Adhésion.

La garantie « 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 2 dernières années précédant l'adhésion, 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 son Revenu Assuré (cf. article 5-1 de la Notice valant Note d'Information).

d/ Détermination du taux d'invalidité :

Le taux d'invalidité est déterminé par voie d'expertise médicale, réalisée par un médecin expert indépendant désigné par l'assureur, 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.

Les invalidités ou handicaps de l'assuré antérieurs à l'adhésion de l'assuré au contrat ne sauraient en aucun cas être considérés comme éléments constitutifs d'une incapacité ou d'une invalidité en cours de contrat sauf si ceux-ci ont été déclarés au questionnaire de santé et qu'ils n'ont fait l'objet d'aucune exclusion particulière portée sur le certificat d'adhésion.

Le taux d'invalidité ouvrant droit au service de la rente est fixé en dehors de toute référence aux régimes d'assurance maladie obligatoires.

Le taux « T » d'invalidité est déterminé 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									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	10,00	13,95	18,05	23,10	29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20	11,05	20,00	24,34	31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30	12,16	22,35	30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	13,13	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	14,24	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	15,65	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	17,12	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	18,95	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	21,15	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	24,02	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 10-6 de la Notice valant Note d'Information.

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 valant Note d'Information) La garantie « Invalidité » peut intervenir au terme de 1095 jours d'incapacité temporaire totale de travail. Elle peut également entrer en jeu après consolidation médicale, dès que la preuve de l'état d'invalidité permanente totale ou partielle de l'assuré est apportée.

Si au terme de 1095 jours d'indemnisation au titre de la garantie « Incapacité », l'état de santé de l'assuré n'est pas consolidé et s'il se trouve toujours dans l'incapacité totale d'exercer son activité professionnelle, même partiellement, l'assureur règle à titre provisoire la rente d'invalidité annuelle garantie en cas d'invalidité permanente totale aux conditions prévues au présent article et ce jusqu'à la date de consolidation médicale.

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

g/ Montant de la rente versée :

Le montant de la rente versée dépend du taux d'invalidité reconnu (voir article 8-3 d/ de la Notice valant Note d'Information), du Revenu Assuré déduction faite des prestations de même nature servies par les régimes obligatoires, complémentaires et/ou facultatifs, et du taux d'indemnisation appliqué.

En tout état de cause, l'assuré doit être affilié à un régime obligatoire français et à jour du paiement de ses cotisations.

g.1 - Détermination du Revenu Assuré retenu comme assiette pour l'indemnisation

- Lorsque le Revenu Assuré indexé au jour du sinistre est inférieur ou égal à 40 000€

Le revenu pris en compte pour le calcul du montant de la rente est égal au Revenu Assuré indexé au jour du sinistre, déduction faite des prestations de même nature servies par les régimes obligatoires, complémentaires et/ou facultatifs.

- Lorsque le Revenu Assuré indexé au jour du sinistre est supérieur à 40 000€

Le montant de la rente versée est calculé sur la base du Revenu Assuré indexé au jour du sinistre, dans la limite de 130% des revenus déclarés (y compris les dividendes) à l'administration fiscale l'année précédant le sinistre, déduction faite des prestations de même nature servies au titre des régimes obligatoires, complémentaires et/ou facultatifs. En cas de baisse des revenus, il est possible de prendre en compte la moyenne des revenus déclarés les 2 années précédant le sinistre.

g-2. Le taux d'indemnisation

Le taux d'indemnisation appliqué au Revenu Assuré retenu 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 valant Note d'Information). Les trimestres se définissent par rapport à la date anniversaire de prise d'effet des garanties du contrat.

i/ Non cumul des prestations :

Les prestations versées au titre de la garantie « Invalidité » ne peuvent en aucun cas se cumuler aux prestations versées au titre des garanties « Incapacité », « Frais Professionnels », et PTIA.

j/ Cas des créateurs :

A l'adhésion, le Revenu Assuré de l'assuré « créateur » est plafonné à 40 000€ pendant les trois premières années de l'adhésion. Passé le délai de trois ans, l'assuré peut demander à augmenter son Revenu Assuré au-delà de 40 000€.

Toute demande d'augmentation du Revenu Assuré doit être réalisée par l'assuré, dans les 3 mois qui précèdent la date anniversaire de son adhésion en adressant une lettre recommandée avec demande d'avis de réception au Siège social de l'assureur ou un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception à recommande_electronique_serv@aviva.com. La modification prend effet à la date anniversaire de l'adhésion

k/ Option « Invalidité 20% » :

Cette option peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Solution Prévoyance Pro ou Aviva Solution Prévoyance Pro « Loi Madelin ».

Cette option qui intervient sous forme d'extension de garantie est souscrite en complément de la garantie « Invalidité ».

Lorsque cette option est souscrite, l'invalidité permanente partielle est prise en charge dès 20 %, (sous réserve des délais d'attente, des exclusions et des dispositions spéciales visés aux articles 4-6 et 9 de la présente Notice valant Note d'Information).

Les conditions suivantes sont alors appliquées :

- si le taux d'invalidité permanente est inférieur à 20 %, 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 20 % 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.

8-4. GARANTIE OPTIONNELLE « RENTE ÉDUCATION »

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie optionnelle, peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Solution Prévoyance Pro ou du contrat Aviva Solution Prévoyance Pro « Loi Madelin ».

b/ Objet de la garantie :

• Décès

(sous réserve des exclusions et des dispositions spéciales visées à l'article 9 de la présente Notice valant Note d'Information)

En cas de décès de l'assuré, une rente éducation temporaire est versée au(x) enfant(s) bénéficiaire(s). Le versement de la rente met fin à l'ensemble des garanties de l'adhésion.

• Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et des dispositions spéciales visés aux articles 4-6 et 9 de la présente Notice valant Note d'Information)

Si l'assuré est reconnu en état de PTIA (cf. lexique) et s'il souhaite expressément que l'assureur indemnise les enfants bénéficiaires au titre de cette garantie, il sera versé, par anticipation, la rente d'éducation temporaire prévue en cas de décès.

Le paiement de cette rente éducation met fin à l'adhésion et au versement des prestations en cours ou dont pourrait bénéficier l'assuré notamment au titre des garanties en cas d'incapacité et ou invalidité.

Si l'assuré reconnu en état de PTIA, ne souhaite pas expressément être indemnisé au titre de la PTIA, il pourra continuer à bénéficier des prestations en cours jusqu'au terme contractuellement prévu.

c/ Montant de la rente éducation :

Le montant de la rente garantie augmente par paliers en fonction de l'âge de l'enfant bénéficiaire, comme décrit dans le tableau ci-dessous.

Il est exprimé en pourcentage du Revenu Assuré par an et par enfant bénéficiaire.

	Niveau 1	Niveau 2
jusqu'au 10 ^{ème} anniversaire	8%	15%
du 10 ^{ème} au 18 ^{ème} anniversaire	10%	20%
du 18 ^{ème} au 27 ^{ème} anniversaire	15%	25%

d/ 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 et sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (cf. articles 10-2 et 10-3 de la Notice valant Note d'Information).

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'au jour de son 27^{ème} anniversaire.

Si en cours de service de la rente, l'enfant bénéficiaire est handicapé (cf. lexique) ou le devient, la rente est viagère.

g/ Ajustement naissance d'un nouvel enfant :

En cas de naissance d'un enfant, l'adhérent/assuré peut l'ajouter en tant que bénéficiaire de la rente éducation préalablement souscrite, selon le tarif en vigueur à la date de la demande. Aucune formalité médicale n'est exigée dans la limite de 3 enfants bénéficiaires au total et d'un montant de Revenu Assuré indexé de 80 000€. Pour bénéficier de cet avantage, la demande doit parvenir à l'assureur dans les quatre mois qui suivent la naissance de l'enfant, accompagnée d'une pièce justificative.

Au-delà de ces seuils, toute demande d'ajout d'un bénéficiaire de la rente éducation doit être accompagnée d'un questionnaire de santé 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.

L'ajout prend effet à l'échéance de cotisation qui suit l'acceptation par l'assureur.

8-5. GARANTIE OPTIONNELLE « DOUBLEMENT DÉCÈS ACCIDENT »

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie, optionnelle, ne peut être souscrite que dans le cadre du contrat Aviva Solution Prévoyance Pro.

b/ Objet de la garantie :

(sous réserve des exclusions et des dispositions spéciales visées à l'article 9 de la présente Notice valant Note d'Information)

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, 10-3 et 10-4 de la Notice valant Note d'Information).

c/ Montant assuré :

Le montant de cette garantie est égal à 100% du capital décès assuré.

8-6. OPTION « SÉRÉNITÉ »

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

L'option « Sérénité » est souscrite en complément des garanties « Incapacité » et « Invalidité ». Elle relève automatiquement du ou des contrat(s) Aviva Solution Prévoyance Pro et Aviva Solution Prévoyance Pro « Madelin » choisi(s) pour les garanties « Incapacité » et « Invalidité ».

L'option n'est accessible qu'au moment de l'adhésion. Lorsque l'option est sélectionnée elle s'applique à l'ensemble des garanties suivantes : « Incapacité », « Invalidité », « Frais professionnels » et « Remboursement des cotisations ».

L'option « Sérénité » est résiliable à tout moment. Une fois résiliée, elle ne peut plus être souscrite.

b/ Objet de la garantie :

L'option « Sérénité » permet la prise en charge, aux conditions prévues aux articles 8-2 et 8-3 de la Notice valant Note d'Information, **sans condition d'hospitalisation**, par dérogation aux articles 9-5 et 9-6 de la Notice valant Note d'Information, de toute incapacité temporaire totale ou partielle de travail ou d'invalidité permanente totale ou partielle résultant :

- d'affections disco-vertébrales (cervicalgies, cruralgies, dorsalgies, lombalgies, sciatiques, hernies discales, névralgies cervico brachiales, fessalgies, discopathies, spondylolisthésis), qu'elles soient d'origine médicale ou traumatique.
- d'affections psychiques - quelle qu'en soit l'origine - (dépressions quelles qu'elles soient, 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, burn out quel qu'il soit, bore out, fatigue chronique) ainsi que les fibromyalgies ou syndromes polyalgiques idiopathiques diffus **sauf dispositions particulières figurant sur le certificat d'adhésion.**

8-7. GARANTIE OPTIONNELLE « FRAIS PROFESSIONNELS »

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie, optionnelle, peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Solution Prévoyance Pro ou du contrat Aviva Solution Prévoyance Pro « Loi Madelin ».

Elle est réservée exclusivement aux statuts : artisans, commerçants, professions libérales non réglementées et micro-entrepreneur.

b/ Objet de la garantie :

L'assuré qui, par suite d'une maladie ou d'un accident, se trouve dans l'incapacité totale d'exercer son activité professionnelle, perçoit une indemnité journalière visant à couvrir les frais professionnels engagés, 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, contribution économique territoriale, 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 du plafond autorisé. Pour les créateurs, en cas d'absence de frais de fonctionnement constatés l'année précédant l'adhésion, le montant assuré est déterminé à partir des frais de fonctionnement annuels prévisionnels. En cas de diminution ou d'augmentation, en cours de contrat, du montant des frais couverts par la garantie, 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 valant Note d'Information).

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 valant Note d'Information) 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) d'arrêt de travail 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 prestations versées :

Le montant de la prestation versée est déterminé à partir des frais de fonctionnement annuels constatés lors du dernier exercice qui précède le sinistre. Si le montant de ces frais s'avère moins élevé que celui assuré, les prestations sont plafonnées en application des règles énoncées ci-avant, les cotisations restant acquises à l'assureur.

g/ Cessation de versement des indemnités de Frais Professionnels :

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

h/ Rechute après reprise de travail :

- Si la rechute intervient 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. Si le ou les arrêts de travail précédents n'ont pas donné lieu à indemnisation (car la durée de l'arrêt était inférieure à la franchise choisie), il sera tenu compte de ce ou ces arrêts de travail dans le décompte de la franchise.
- Si la rechute intervient plus de 2 mois après la reprise du travail, l'indemnisation reprendra après expiration du délai de franchise.

Toutefois, si l'assuré est en arrêt de travail au titre d'une affection de longue durée il ne sera pas fait application de la franchise.

Si la rechute liée aux suites ou séquelles d'un accident déjà indemnisé intervient plus de 2 mois après la reprise du travail, c'est la franchise choisie en cas de maladie qui sera appliquée. Dans tous les cas, la franchise accident ne s'applique qu'une seule fois pour un même accident, y compris en cas de rechute.

i/ Incapacité partielle de travail

L'assuré qui, par suite d'une maladie ou d'un accident, se trouve en incapacité temporaire partielle de travail (cf. lexique), perçoit 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 12 mois (365 jours) sur toute la durée de l'adhésion et sous réserve que l'état de santé de l'assuré ne permette pas une reprise d'activité à temps plein.

j/ Durée d'indemnisation maximale en cas de cumul des indemnités

Pour un même événement accidentel ou une même maladie, la durée de versement des indemnités journalières versées au titre de la garantie pour les périodes d'incapacité temporaire totale de travail et d'incapacité temporaire partielle de travail ne peut excéder 365 jours franchise incluse.

Si en cours d'indemnisation, l'assuré présente une maladie intercurrente ou concomitante ou est victime d'un accident, cette maladie ou cet accident ne peut en aucun cas donner lieu à un cumul des indemnités journalières ou à une prolongation de la période maximale d'indemnisation de 365 jours franchise incluse.

8-8. GARANTIE OPTIONNELLE

« REMBOURSEMENT DES COTISATIONS »

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Solution Prévoyance Pro ou du contrat Aviva Solution Prévoyance Pro « Loi Madelin ».

Elle ne peut être souscrite qu'en complément des garanties de base en cours de paiement de cotisations.

b/ Objet de la garantie :

La garantie « Remboursement des Cotisations » prévoit le remboursement total ou partiel, par l'assureur, de la cotisation d'assurance afférente aux garanties listées dans le paragraphe c/ ci-dessous et dans les conditions décrites ci-après, lorsque l'assuré se trouve, par suite d'une maladie ou d'un accident, en incapacité temporaire totale ou partielle de travail ou en cas d'invalidité permanente partielle ou totale (cf. lexique).

En tout état de cause, l'assuré doit être affilié à un régime obligatoire français et à jour du paiement de ses cotisations.

c/ Cotisations d'assurance couvertes par la garantie

Le remboursement prévu au titre de la garantie concerne la cotisation d'assurance relative aux garanties suivantes :

- « Incapacité »,
- « Invalidité » y compris l'option « Invalidité 20% »,
- « Frais Professionnels »,
- « Remboursement des cotisations »,
- Option « Sérénité ».

Le remboursement prend en compte l'évolution de la cotisation au titre de l'indexation.

8-8.1 En cas d'incapacité temporaire totale de travail

a/ Entrée en jeu de la garantie et montant du remboursement des cotisations d'assurance par l'assureur :

(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4-6 et 9 de la présente Notice valant Note d'Information)

L'assuré qui, par suite d'une maladie ou d'un accident, se trouve dans l'incapacité totale d'exercer sa profession, est remboursé par l'assureur, à terme échu, à compter du 91^{ème} jour d'arrêt total de travail.

b/ Durée et cessation du remboursement des cotisations d'assurance par l'assureur :

Le remboursement 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. Il s'interrompt dès que l'assuré peut reprendre (même partiellement) son activité professionnelle.

Le remboursement s'exerce jusqu'à la date de départ à la retraite de l'assuré, quelle qu'en soit la cause et, au plus tard, à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint son 67^{ème} anniversaire.

c/ Durée de remboursement maximale en cas de cumul de périodes d'incapacité temporaire totale et partielle de travail

Pour un même événement accidentel ou une même maladie, le cumul des remboursements intervenus au titre de la garantie pour les périodes d'incapacité temporaire totale de travail et d'incapacité temporaire partielle de travail ne peut excéder 1095 jours franchise comprise.

8-8.2 En cas d'incapacité partielle de travail

a/ Entrée en jeu de la garantie et montant du remboursement des cotisations d'assurance par l'assureur (sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4-6 et 9 de la présente Notice valant Note d'Information)

L'assuré qui, par suite d'une maladie ou d'un accident, se trouve en incapacité temporaire partielle de travail (cf. lexique) bénéficie du remboursement, par l'assureur, de 50% des cotisations d'assurance des garanties énoncées ci-avant.

b/ Durée et cessation du remboursement des cotisations d'assurance par l'assureur

Le remboursement s'exerce, pour un même événement accidentel ou une même maladie, au maximum pendant 12 mois (365 jours) sur toute la durée de l'adhésion et sous réserve que l'état de santé de l'assuré ne permette pas une reprise d'activité à temps plein.

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

c/ Durée de remboursement maximale en cas de cumul de périodes d'incapacité temporaire totale et partielle de travail

Pour un même événement accidentel ou une même maladie, le cumul des remboursements intervenus au titre de la garantie pour les périodes d'incapacité temporaire totale de travail et d'incapacité temporaire partielle de travail ne peut excéder 1095 jours franchise comprise.

8-8.3 En cas d'invalidité permanente partielle ou totale

a/ Entrée en jeu du remboursement des cotisations d'assurance par l'assureur :

(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4-6 et 9 de la présente Notice valant Note d'Information)

L'assuré qui, par suite d'une maladie ou d'un accident, se trouve en invalidité permanente partielle ou totale prise en charge au titre de la garantie « Invalidité », bénéficie du remboursement partiel ou total, par l'assureur, des cotisations d'assurance des garanties énoncées ci-avant.

b/ Montant du remboursement des cotisations d'assurance par l'assureur

Le taux de remboursement est défini comme suit :

- 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 couvertes par la garantie, sont remboursées à 100% 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 20 % et inférieur à 66 % si l'option « Invalidité 20% » a été choisie), le taux de remboursement est égal à 50% du montant des cotisations couvertes par la garantie.
- Si l'assuré est atteint d'une invalidité permanente dont le taux « T » déterminé par l'assureur est inférieur à 33 % (ou 20 % si l'option a été choisie), l'intégralité des cotisations reste à la charge de l'assuré.

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

- 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 LES GARANTIES « INCAPACITÉ », « INVALIDITÉ », « FRAIS PROFESSIONNELS », « REMBOURSEMENT DES COTISATIONS » ET EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

- les conséquences des tentatives de suicide, d'automutilation ou des actes provoqués intentionnellement par l'assuré ;
- 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 ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites de prescription médicale ;
- 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 ; Toutefois 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.

9-4. RISQUES EXCLUS POUR LES GARANTIES « INCAPACITÉ », « INVALIDITÉ », « FRAIS PROFESSIONNELS » ET « REMBOURSEMENT DES COTISATIONS »

- les arrêts de travail en rapport avec des interventions de chirurgie esthétique ou plastique, 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 arrêts de travail pour traitement de la stérilité ou pour procréation médicalement assistée ;
- les conséquences de l'état de grossesse pendant les 6 semaines précédant la date présumée de l'accouchement, la garantie étant acquise avant cette période seulement en cas de complications pathologiques ;
- les conséquences de l'accouchement pendant les 10 semaines lui succédant, la garantie étant acquise après cette période seulement en cas de suites de couche pathologique.

9-5. DISPOSITIONS SPÉCIALES : MODALITÉS D'INDEMNISATION EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE OU PARTIELLE DE TRAVAIL OU D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE RÉSULTANT DE PATHOLOGIES DISCO-VERTÉBRALES (sauf si l'option « Sérénité » a été souscrite – cf. article 8-6 de la présente Notice valant Note d'Information)

Les affections disco-vertébrales (cervicalgies, cruralgies, dorsalgies, lombalgies, sciatiques, hernies discales, névralgies cervico brachiales, fessalgies, discopathies, spondylolisthésis), qu'elles soient d'origine médicale ou traumatique, sont indemnisées uniquement si elles donnent lieu à une hospitalisation continue de 48 heures minimum (soit 1 nuitée), ou à un acte de chirurgie ambulatoire.

L'indemnisation débutera alors après application de la franchise maladie choisie, franchise décomptée à compter du 1^{er} jour d'hospitalisation. Il ne sera pas fait application de la franchise hospitalisation choisie (voir article 8-2 d/ de la présente Notice valant Note d'Information).

Cette disposition ne concerne pas les fractures vertébrales, lésions de la moelle épinière avec atteinte neurologique et les affections disco-vertébrales d'origine tumorale qui sont indemnisées sans condition d'hospitalisation.

9-6. DISPOSITIONS SPÉCIALES : MODALITÉS D'INDEMNISATION EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE OU PARTIELLE DE TRAVAIL OU D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE RÉSULTANT D'AFFECTIONS PSYCHIQUES (sauf si l'option « Sérénité » a été souscrite – cf. article 8-6 de la présente Notice valant Note d'Information)

Les affections psychiques suivantes, quelle qu'en soit l'origine, (dépressions quelles qu'elles soient, 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, burn out quel qu'il soit, bore out, fatigue chronique) ainsi que les fibromyalgies ou syndromes polyalgiques idiopathiques diffus, sont indemnisées dès lors qu'elles donnent lieu à une hospitalisation continue de 5 jours minimum (soit 4 nuitées) en service, centre ou établissement spécialisé en psychiatrie.

L'indemnisation débutera après application de la franchise maladie choisie, franchise décomptée à compter du 1^{er} jour d'hospitalisation. Il ne sera pas fait application de la franchise hospitalisation choisie (voir article 8-2 de la présente Notice valant Note d'Information).

Cette disposition ne concerne pas les affections psychiques consécutives à un attentat ou à un acte de terrorisme dont l'assuré est directement victime ainsi que les affections psychiques consécutives à une maladie nécessitant des soins au titre d'une Affection de Longue Durée et ayant été indemnisée au titre du présent contrat. Dans ces cas les sinistres sont indemnisés sans condition d'hospitalisation ou de durée d'hospitalisation mais dans tous les cas il sera fait application de la franchise maladie choisie.

9-7 DISPOSITIONS SPÉCIALES : MODALITÉS D'INDEMNISATION EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL RÉSULTANT D'UN DON D'ORGANE OU DE MOELLE OSSEUSE

L'assuré qui, par suite d'un don d'organe ou de moelle osseuse, se trouve en incapacité temporaire totale de travail, perçoit les indemnités souscrites au titre des garanties « Incapacité » et/ou « Frais Professionnels », pendant une période décomptée à partir du 1^{er} jour d'arrêt de travail.

Ces prestations sont versées, au prorata de la durée de l'incapacité temporaire totale et sur présentation de justificatifs d'arrêt initial de travail et de prolongations, au plus tard jusqu'au :

*15^{ème} jour d'arrêt de travail, en cas d'un don de moelle osseuse

*30^{ème} jour d'arrêt de travail, en cas d'un don d'organe

Le service de ces prestations s'interrompt dès que l'assuré peut reprendre, même partiellement son activité professionnelle. Par ailleurs, il se termine à la date de cessation des garanties optionnelles souscrites telle que définie à l'article 7 de la présente Notice valant Note d'Information.

9-8. ACTIVITÉS SPORTIVES À RISQUES

9-8-1. Risques exclus pour l'ensemble des garanties

- Les conséquences de la pratique, en qualité d'amateur ou de professionnel (voir article 3 de la présente Notice valant Note d'Information), des sports suivants : le base jumping, le vol en wingsuit, le plongeon de falaise, le plongeon de haut-vol, le saut à l'élastique.

9-8-2. Risques exclus en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'incapacité temporaire totale ou partielle et d'invalidité permanente totale ou partielle

- les conséquences de la pratique de sports, y compris lors des entraînements, réalisés à titre professionnel ou de sports dont l'assuré tire un revenu quelconque. Cette exclusion ne concerne pas : les coaches sportifs, entraîneurs sportifs et moniteurs sportifs non saisonniers si le sinistre intervient dans le cadre de l'exercice de leur activité professionnelle quotidienne,
- les conséquences de la pratique de sports ou activités sportives non représentés par une fédération sportive Française,
- les conséquences de la participation active à des acrobaties ou cascades nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur terrestre, aérien ou nautique, à des défis, paris, exhibitions, tentatives de record, expéditions réalisées à titre scientifique ou non,
- les disciplines équestres suivantes : saut d'obstacles en concours ou compétition, chasse à courre, concours complet, course attelée, endurance, endurance en attelage, hunter, polo, poursuite par équipe.

9-8-3. Dispositions spéciales : limitation de l'indemnisation en cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'incapacité temporaire totale ou partielle de travail et d'invalidité permanente totale ou partielle consécutive à la pratique des sports à risque listés

La pratique, même occasionnelle, des sports, activités ou loisirs à risque visée dans la liste ci-dessous est couverte à hauteur du montant des garanties souscrites sans pouvoir excéder le montant de 1 000 000 € de prestations, sur toute la durée de l'adhésion, toutes garanties et sinistres confondus :

- Les sports nécessitant l'usage d'un engin à moteur terrestre, aérien ou nautique, en dehors des cas visés à l'article 9-8-2. Toutefois la pratique du karting ou du quad, entre amis, collègues ou en famille est couverte aux conditions normales.
- Les sports aériens en qualité de pilote : planeur, vol à voile, montgolfière, aérostation, autogire, gyroplane, ultraléger, deltaplane, parapente, parachutisme, paravoile, tout autre sport impliquant le pilotage d'un engin aérien non motorisé,
- Les sports nautiques : plongée subaquatique, canoë avec compétition, kayak avec compétition, kite-surf avec compétition, yachting avec compétition, ski nautique avec compétition,
- Les sports de montagne : escalade, varappe, alpinisme, trekking, luge de course avec compétition, bobsleigh avec compétition, skeleton avec compétition, ski alpin avec compétition, ski de fond avec compétition, ski freestyle,
- Les sports extrêmes : canyoning, rafting en eau vive,
- Les autres sports suivants : le raid aventure, la spéléologie, le VTT avec compétition, le BMX avec compétition, le MTB avec compétition, le bodybuilding avec compétition, le culturisme avec compétition, l'haltérophilie avec compétition, la chasse au gros gibier hors Europe.

Toutefois, sont couverts sans application de la limitation de 1 000 000€ :

- Les baptêmes et initiations,

Et la pratique, dans le cadre des loisirs :

- du karting ou du quad, entre amis, collègues ou en famille,
- de la plongée subaquatique, avec scaphandre autonome, jusqu'à 40 mètres de profondeur en deçà de 6 plongées par an,
- de l'escalade ou de la varappe dans l'Union Européenne à une altitude inférieure à 1000 mètres ou sur un mur artificiel,

- de l'alpinisme ou du trekking dans l'Union Européenne à une altitude inférieure à 4 000 mètres,
- du rafting avec un instructeur ou un guide, en deçà de 6 sorties par an,
- du canyoning avec un instructeur ou un guide, en deçà de 6 sorties par an,
- de la spéléologie avec un accompagnateur, sans plongée avec scaphandre autonome, en deçà de 6 sorties par an.

9-8-4. Dispositions spéciales : modalités d'indemnisation en cas d'incapacité temporaire totale ou partielle 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 : 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 – sauf le rugby foulard et le rugby contact) ainsi que les disciplines équestres suivantes : gymkhana, équifun, voltige, horse-ball, pentathlon moderne, ski-joëring, yoseikan-bajutsu, équitation western.

9-9. RISQUE DE SEJOUR

Tout sinistre survenant lors d'un déplacement ou d'un séjour dans un pays déconseillé par le ministère français des affaires étrangères et/ou lors d'une mission humanitaire est exclu.

► Article 10

LES PRESTATIONS

Formalités à remplir pour obtenir le paiement des prestations

Les justificatifs nécessaires en cas de sinistre doivent être rédigés ou traduits en français.

10-1. DÉCLARATIONS ET DÉLAIS DE FORCLUSION

En ce qui concerne les garanties en cas d'invalidité permanente 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 de travail, 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.

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 requis et fournis par l'assureur pour la gestion des sinistres.

En ce qui concerne la garantie « Rente Éducation », devront également être adressées annuellement les pièces supplémentaires suivantes pour le paiement de la ou des rente(s) :

- un justificatif de la poursuite des études pour le versement de la rente éducation jusqu'au 27^{ème} anniversaire de l'enfant bénéficiaire ;
- en cas d'arrêt des études avant le 18^{ème} anniversaire, un certificat

- de vie 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 ou un justificatif d'attribution de la carte d'invalidité prévue par l'article 241-3 du Code de l'action sociale afin de bénéficier de la rente éducation viagère prévue au titre de la garantie « Rente Education » (voir article 8-4 de la Notice valant Note d'Information).

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 :

- s'il s'agit d'un assuré relevant du Régime Général de la Sécurité Sociale, la notification du classement en 3^{ème} catégorie mentionnant l'assistance d'une tierce personne ;
- s'il s'agit d'un assuré ne relevant pas du régime précité, 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 ou documents fournis et/ou demandés 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 police ou 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 A L'INVALIDITÉ PERMANENTE ET À L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE 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 (sauf pour l'assuré qui a souscrit sous le statut Mandataire Social et dont le Revenu Assuré est composé de dividendes uniquement) ;
- tous documents administratifs ou médicaux pouvant attester d'une cessation temporaire ou définitive d'activité ;
- un bulletin d'hospitalisation (à domicile ou en hôpital) pour l'application de la franchise hospitalisation ;

Les bulletins de situation d'hospitalisation à domicile doivent être délivrés par un établissement hospitalier agréé chargé de gérer l'hospitalisation à domicile ;

- lorsque l'assuré a épuisé ses droits à prestations auprès de son régime obligatoire ou qu'il ne peut bénéficier d'aucune prestation, un justificatif du régime obligatoire auquel il est affilié en attestant ;
- les déclarations fiscales ou avis d'imposition des deux années précédant l'évènement lorsque le Revenu Assuré indexé au jour du sinistre est supérieur à 40 000€ ;
- un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ;
- tous formulaires fournis par l'assureur et tous documents complémentaires nécessaires à la gestion des sinistres .

Les prolongations sont admises pour une durée d'un mois au maximum.

Pour la garantie « Frais professionnels », l'assuré doit fournir en outre :

- la copie de son dernier compte de résultat,
- le cas échéant, tout document justifiant de son remplacement durant la période d'arrêt de travail.

Les prestations ayant un caractère indemnitaire, les factures des frais professionnels pourront être demandées.

10-6. CONTRÔLE - EXPERTISE

Préalablement à tout règlement de prestations ou prise en charge des cotisations effectués au titre des garanties incapacité temporaire de travail, perte totale et irréversible d'autonomie, invalidité permanente et Remboursement 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 expert indépendant 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 celui mandaté par 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.

10-7. FISCALITÉ

Les prestations servies au titre des contrats Aviva Solution Prévoyance Pro et Aviva Solution Prévoyance Pro « Loi Madelin » sont soumises à la réglementation fiscale en vigueur en France.

▶ 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 demande d'avis de réception envoyée au Siège social de l'assureur, ou un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception à recommande_electronique_serv@aviva.com rédigé(e) par exemple selon le modèle suivant :

<p>Je soussigné(e) déclare renoncer à mon adhésion au(x) contrat(s) Aviva Solution Prévoyance Pro et/ou Aviva Solution Prévoyance Pro « 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 ».</p> <p>(Date) (Signature)</p>
--

A compter de l'envoi de cette lettre ou du recommandé électronique, 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 PERSONNELLES

Les données personnelles communiquées par les personnes intéressées ou générées du fait du contrat, sont conservées par le responsable de traitement conformément à la durée nécessaire à l'exécution du contrat et des prescriptions légales.

L'ensemble des durées de conservation des données personnelles se trouve sur le site internet d'Aviva (rubrique « mentions légales »). L'adhérent et l'assuré peuvent demander l'accès, la rectification de leurs données personnelles ainsi que dans certains cas, l'effacement et la limitation de traitement de leurs données.

L'adhérent et l'assuré peuvent demander le retrait de leur consentement au traitement précédemment donné.

L'adhérent et l'assuré peuvent s'opposer au traitement de leurs données personnelles dans les cas prévus par la réglementation, notamment lors des opérations de gestion commerciale des clients et prospection commerciale.

L'adhérent et l'assuré peuvent également demander la portabilité des données personnelles qu'ils ont fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque leur consentement était requis.

Pour exercer ces droits, il est nécessaire d'écrire à Aviva Vie - Service Réclamations - TSA 72710 - 92895 NANTERRE CEDEX 9 - Email : protectiondesdonnees@aviva.com. En cas de communication de données médicales lors de la passation ou l'exécution du contrat d'assurances, l'assuré peut demander l'accès et la rectification, à ces données en écrivant à : Aviva Vie - VGED - 70 avenue de l'Europe - 92270 Bois-Colombes à l'attention du Médecin Conseil.

En cas de désaccord persistant concernant leurs données personnelles, l'adhérent et l'assuré ont le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - www.cnil.fr.

La collecte et le traitement des données personnelles, nécessaires à la conclusion du contrat et au respect par l'assureur de ses obligations légales, ont pour finalité :

- la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ;
- la lutte contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme.

L'information complète à jour concernant le traitement des données personnelles est consultable sur le site internet d'Aviva (rubrique « mentions légales »).

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. DROIT D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Si l'assuré ne souhaite plus faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, il a la possibilité de s'inscrire auprès d'OPPOSETEL, organisme chargé de la gestion de la liste d'opposition au démarchage téléphonique. Cette inscription peut se faire par l'envoi d'un courrier à l'adresse suivante : Société OPPOSETEL - Service BLOCTEL, 6 rue Nicolas Siret, 10000 TROYES, ou depuis le site internet : www.bloctel.gouv.fr.

11-5. RECOURS EN CAS DE LITIGE

Si vous avez une interrogation sur votre contrat d'assurance ou si vous vous êtes insatisfait des services d'Aviva ou de votre conseiller, prenez d'abord contact avec votre interlocuteur habituel.

Si vous n'êtes pas satisfait de la réponse qui vous a été apportée ou si votre problème persiste, n'hésitez pas à vous adresser au service dédié à la satisfaction des clients, selon le canal de votre choix :

Par email	Par téléphone	Par courrier
reclamation@aviva.com	Numéro de téléphone figurant sur www.aviva.fr Du lundi au vendredi de 9h à 18h.	Aviva - Service Réclamations TSA 72710 - 92895 Nanterre Cedex 9.

Parce que la satisfaction de nos clients est ce qui compte le plus à nos yeux, nous mettrons tout en œuvre pour traiter votre demande le plus rapidement possible.

Votre démarche nous permettra aussi éventuellement d'améliorer les services à l'ensemble de nos clients.

Conformément à la Recommandation sur le traitement des réclamations émise par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, le délai pour accuser réception de votre réclamation est de 10 jours ouvrables (sauf si une réponse vous est adressée dans ce délai) et le délai pour vous apporter une réponse définitive est de 2 mois, sauf circonstances particulières dont vous serez informé. Nous nous engageons à respecter ces délais.

Si vous n'êtes pas satisfait de la réponse qui vous est apportée par le Service Réclamations, vous avez la possibilité de saisir le Médiateur de l'Assurance, soit par courrier (La Médiation de l'Assurance | TSA 50110 | 75441 Paris Cedex 09), soit en remplissant le formulaire disponible sur le site de la Médiation de l'Assurance (<https://www.mediation-assurance.org>).

Conformément à la Charte de la Médiation de l'Assurance disponible sur le site de la Fédération Française de l'Assurance, la saisine du Médiateur de l'Assurance est gratuite et ouverte aux consommateurs et est gratuite mais elle ne peut intervenir qu'après nous avoir adressé une réclamation.

11-6. 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 - 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09 - www.acpr.banque-france.fr

11-7. 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 demande d'avis de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée par l'assuré au Siège Social de l'assureur ou d'un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception envoyé à recommande_electronique_serv@aviva.com, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

11-8. PARTICIPATION AUX BÉNÉFICES TECHNIQUES ET FINANCIERS

Pour ces contrats, l'assureur ne verse aucune participation au titre des bénéfices techniques et financiers.

11-9. REVALORISATION DU CAPITAL DÉCÈS ET DES CAPITAUX CONSTITUTIFS DE RENTE EN CAS DE DÉCÈS AVANT MISE EN PLACE DES PRESTATIONS AFFÉRENTES

Lorsque les bénéficiaires sont des personnes physiques, et dès lors que les garanties ci-après nommées sont en vigueur à la date du décès, le capital décès (pour la Garantie « Capital Décès ») et le capital constitutif de la rente éducation prévue en cas de décès de l'assuré (pour la garantie « Rente Éducation ») sont revalorisés, conformément aux dispositions visées à l'article L. 132-5 du Code des Assurances, à compter de la date du décès jusqu'à la date de réception de l'ensemble des pièces nécessaires au règlement du capital décès ou à la mise en place de la rente, ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital ou de ce capital constitutif de la rente

à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L. 132-27-2 du Code des Assurances. Cette revalorisation est effectuée, prorata temporis, à un taux, net de frais, déterminé, pour chaque année civile, conformément aux dispositions de l'article R. 132-3-1 du Code des Assurances.

11-10. INFORMATION RELATIVE AUX CAPITAUX DÉCÈS EN DÉSHÉRENCE

Conformément à l'article L.132-27-2 du Code des Assurances, à compter du 1^{er} janvier 2016, les sommes dues au titre du décès de l'assuré, dans le cadre des contrats d'assurance sur la vie, qui n'ont pas fait l'objet d'une demande de versement des prestations ou du capital seront déposées à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de prise de connaissance par l'assureur du décès de l'assuré. Les sommes déposées seront acquises à l'Etat à l'issue d'un délai supplémentaire de vingt ans si elles n'ont toujours pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s).



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 RCS Nanterre

ADER
(Association pour le Développement de l'Épargne pour la Retraite)
Association sans but lucratif régie par la loi du 1er juillet 1901
Siège social : 24-26 rue de la Pépinière
75008 Paris

Pour nous écrire : Aviva Vie - TSA 72710 - 92895 Nanterre Cedex 9

**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 RCS Nanterre**

Pour nous écrire : Aviva Vie - TSA 72710 - 92895 Nanterre Cedex 9

ADER

*(Association pour le Développement de l'Épargne pour la Retraite)
Association sans but lucratif régie par la loi du 1er juillet 1901*

**Siège social : 24-26 rue de la Pépinière
75008 Paris**