

VERSION
FEVRIER 2012

Aviva Emprunteur

PRÉVOYANCE INDIVIDUELLE

Notice
Note d'information

Notice Aviva Emprunteur 1 à 9

SOMMAIRE

ARTICLE 1 - PREAMBULE 1

- 1-1. Nature du contrat – Nom et adresse du souscripteur
- 1-2. Prise d'effet, durée et résiliation du contrat par l'association auprès de l'assureur
- 1-3. Modification du contrat souscrit par l'association auprès de l'assureur

ARTICLE 2 - OBJET DU CONTRAT AVIVA EMPRUNTEUR..... 1

- 2-1. Objet
- 2-2. Les garanties de prévoyance

ARTICLE 3 – LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHESION..... 1

- 3-1. Conditions d'adhésion
- 3-2. Formalités d'adhésion
 - 3-2-1. Couverture accidentelle temporaire
- 3-3. Date d'effet de l'adhésion
- 3-4. Date de déblocage des fonds empruntés
- 3-5. Durée de l'adhésion
- 3-6. Les obligations de l'assuré en cas de remboursement du prêt
- 3-7. Age limite à l'adhésion et cessation des garanties
- 3-8. Non Cumul
- 3-9. Etats antérieurs
- 3-10. Etendue territoriale des garanties

ARTICLE 4 – LES GARANTIES DU CONTRAT AVIVA EMPRUNTEUR 3

- 4-1. Garanties de base obligatoires
- 4-2. Garanties optionnelles
 - 4-2-1. Incapacité Temporaire Totale (ITT)
 - 4-2-2. Invalidité Permanente Partielle (IPP)
 - 4-2-2-1. Option d'Invalidité Permanente Partielle à partir de 16%
 - 4-2-3. Invalidité Permanente Totale (IPT)
 - 4-2-4. Invalidité Professionnelle (IP)
 - 4-2-5. Exonération du paiement des cotisations d'assurance
 - 4-2-6. Enveloppe d'Assurabilité
- 4-3. Option « Sérénité »
- 4-4. Bénéficiaires des garanties
- 4-5. Assurance de co-emprunteurs
- 4-6. Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)

ARTICLE 5 – MODALITES DE VERSEMENT DES COTISATIONS 5

- 5-1. Calcul des cotisations
- 5-2. Paiement des cotisations
- 5-3. Non paiement des cotisations

ARTICLE 6 – FORMALITES A REMPLIR POUR OBTENIR LE PAIEMENT DES PRESTATIONS EN CAS DE SINISTRE..... 6

- 6-1. Déclarations et délais de forclusion
- 6-2. Pièces à fournir pour obtenir de règlement des prestations en cas de décès
- 6-3. Pièces à fournir pour obtenir de règlement des prestations en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Permanente Totale, d'Invalidité Professionnelle ou d'Invalidité Fonctionnelle Spécifique AERAS
- 6-4. Pièces à fournir pour le paiement des prestations liées à l'Incapacité Temporaire Totale et à l'Invalidité Permanente Partielle
- 6-5. Contrôles - Expertises

ARTICLE 7 - EXCLUSIONS ET DISPOSITIONS SPECIALES6

- 7-1. Risques exclus pour l'ensemble des garanties
- 7-2. Risques exclus en cas de décès
- 7-3. Risques exclus en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité
- 7-4. Risques exclus en cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité
- 7-5. Dispositions spéciales
 - 7-5-1. Modalités d'indemnisation des affections disco-vertébrales en cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité (uniquement si l'option « Sérénité » n'a pas été souscrite)
 - 7-5-2. Modalités d'indemnisation des maladies psychiques en cas d'Incapacité Temporaire Totale et d'Invalidité (uniquement si l'option « Sérénité » n'a pas été souscrite - cf article 4.3 de la présente Notice)
 - 7-5-3. Sports équestres couverts

ARTICLE 8- LES DROITS QUI VOUS PROTEGENT – DISPOSITIONS DIVERSES7

- 8-1. Droit de renonciation et modalités
- 8-2. Droit d'accès, de rectification et d'opposition
- 8-3. Droit d'information
- 8-4. Procédure d'examen des litiges
- 8-5. Organisme de contrôle
- 8-6. Prescription
- 8-7. Indications générales liées au régime fiscal
- 8-8. Participation aux bénéfices techniques et financiers

ARTICLE 9 –LEXIQUE8

Note d'Information Aviva Emprunteur 10 à 14

I – Caractéristiques du contrat 10

II – Définitions contractuelles des garanties offertes..... 10

III- Durée du contrat..... 13

IV- Modalités de versement des cotisations 13

V- Délai et Modalités de renonciation à l'adhésion 13

VI- Formalités à remplir en cas de sinistre..... 13

VII – Nom et adresse du souscripteur, formalités de résiliation 14

VIII- Indications générales liées au régime fiscal 14

IX – Procédure d'examen des litiges 14

X- Participation aux bénéfices techniques et financiers 14

Notice

Aviva Emprunteur

> ARTICLE 1 - PRÉAMBULE

1.1. Nature du contrat – Nom et adresse du Souscripteur

AVIVA EMPRUNTEUR est un contrat collectif d'assurance sur la vie à adhésion facultative régi par le Code des Assurances : branches 20 (vie - décès), 1 (accident) et 2 (maladie). Il est souscrit auprès d'AVIVA VIE (siège social : 70 avenue de l'Europe - 92273 Bois-Colombes cedex) ci-après dénommé l'assureur, par l'ADER (Association pour le Développement de l'Épargne pour la Retraite), 24-26 rue de la pépinière - 75008 Paris. Cette association, régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901, a pour objet d'étudier et de mettre en œuvre 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 du contrat souscrit par l'association auprès de l'assureur

Le contrat AVIVA EMPRUNTEUR, identifié sous le n° 2.603.486, a été souscrit le 01.02.2012 pour une période se terminant le 31.12.2012. Il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction à effet du 1^{er} janvier, sauf dénonciation par l'une des parties contractantes (c'est-à-dire l'assureur ou l'association) notifiée par lettre recommandée. Cette lettre doit être envoyée au moins 3 mois avant la date de renouvellement. La date d'envoi de la lettre recommandée marque le départ du délai de préavis.

En cas de résiliation ou de non reconduction du contrat par l'assureur ou l'ADER, aucune adhésion nouvelle ne pourra être acceptée, et l'assureur s'engage à maintenir les adhésions en vigueur selon les dispositions prévues dans le présent document. L'assureur s'engage également en cas de résiliation, à maintenir les prestations en cours de service et ce jusqu'à leur terme contractuel.

Tout adhérent au contrat AVIVA EMPRUNTEUR 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 du contrat souscrit par l'association auprès de l'assureur

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 DU CONTRAT AVIVA EMPRUNTEUR

2.1. Objet

Le contrat AVIVA EMPRUNTEUR a pour objet, moyennant le paiement de cotisations, de couvrir le prêt personnel ou professionnel (à l'exception des prêts revolving, des découverts et des prêts à la consommation) contracté par l'adhérent auprès de l'organisme prêteur.

2.2. Les garanties de prévoyance

Garanties de base obligatoires :

L'organisme prêteur bénéficie des garanties obligatoires suivantes qui prévoient :

- le paiement d'un capital permettant le remboursement anticipé du capital restant dû au titre du prêt, dans la limite du montant des capitaux assurés au jour de l'événement en cas de **Décès** ou, en cas de **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie** (PTIA) de l'assuré, au jour de la reconnaissance de cet état par l'assureur, survenant pendant la période de couverture de ce risque.

Garanties optionnelles :

A ces garanties de base obligatoires, l'adhérent peut demander à l'adhésion l'adjonction d'une ou plusieurs garanties optionnelles parmi celles proposées sur la demande d'adhésion, et ainsi opter pour :

- le paiement d'un capital permettant le remboursement anticipé du capital restant dû au titre du prêt, dans la limite du montant des capitaux assurés au jour de la reconnaissance par l'assureur de l'état d'Invalidité Permanente Totale (IPT) de l'assuré, pendant la période de couverture de ce risque ;
- le paiement d'un capital permettant le remboursement anticipé du capital restant dû au titre du prêt, dans la limite du montant des capitaux assurés au

jour de la reconnaissance par l'assureur de l'état d'Invalidité Professionnelle (IP) de l'assuré pendant la période de couverture de ce risque, pour les professions médicales, paramédicales et libérales réglementées ;

- le versement à l'organisme prêteur de 50% des échéances de prêt, dans la limite du montant des capitaux assurés en cas d'Invalidité Permanente Partielle (IPP) de l'assuré, pendant la période de couverture de ce risque, lorsque le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66% ;
- le versement à l'organisme prêteur de 25% des échéances de prêt, dans la limite du montant des capitaux assurés en cas d'Invalidité Permanente Partielle à partir de 16 % (IPP) de l'assuré, pendant la période de couverture de ce risque, lorsque le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 16% et inférieur à 33%, pour les professions médicales exercées à titre libéral et les professions libérales réglementées ;
- le versement à l'organisme prêteur des échéances de prêt, dans la limite du montant garanti, en cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) de l'assuré pendant la période de couverture de ce risque et après application d'une franchise de **90 jours** ;
- l'**exonération du paiement des cotisations d'assurance** en cas d'invalidité ou d'incapacité temporaire totale de l'assuré pendant la période de couverture de l'un ou l'autre de ces risques ;
- l'**enveloppe d'assurabilité** pour la couverture des seuls Emprunts Professionnels ;
- l'**option Sérénité**.

Cas particulier du crédit-bail : seules les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Professionnelle peuvent être accordées dans les limites suivantes :

- pour le crédit-bail immobilier : montant plafonné à 3 ans de loyers TTC ;
- pour le crédit-bail mobilier : montant plafonné à 3 ans de loyers TTC dans la limite de 300 000 euros.

Les garanties du contrat AVIVA EMPRUNTEUR sont décrites à l'article 4 de la présente Notice.

> ARTICLE 3 - LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION

3.1. Conditions d'adhésion

Pour pouvoir adhérer au contrat AVIVA EMPRUNTEUR et bénéficier des garanties du contrat, tout proposant doit :

- Être membre de l'association ADER ;
- Être âgé de 18 ans au moins (pour les âges maxima, voir tableau à l'article 3.7 de la présente Notice) ;
- Résider en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à la Réunion ou en principauté de Monaco ;
- Avoir contracté un emprunt, un crédit-bail ou en être caution auprès d'un établissement financier situé en France (à l'exception des prêts revolving, des découverts et des prêts à la consommation) ;
- Avoir satisfait aux formalités médicales et communiqué les informations financières demandées par l'assureur.

En outre :

- Le capital assuré en cas de décès, pour un même assuré, doit être compris entre 15 000 € et 7 500 000 € ;
- Le capital assuré en cas d'Invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Professionnelle est de 2 500 000 € maximum pour une même personne assurée auprès d'AVIVA VIE,
- La quotité assurée ne peut excéder 100% de l'emprunt par assuré ;
- Le prêt doit être libellé en Euros et rédigé en français.

Toutefois, les personnes résidant en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie, à Mayotte peuvent adhérer au contrat AVIVA EMPRUNTEUR et être assurées pour les seules garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, sous réserve de satisfaire aux conditions décrites ci-avant.

Votre adhésion au contrat est constituée :

- De la présente Notice et de la Note d'Information reprenant les Conditions Générales du contrat souscrit par l'association qui précisent les droits et obligations réciproques entre le souscripteur, l'assureur et l'adhérent ;
- Du Certificat d'adhésion qui complète la Notice et la Note d'Information et précisent les caractéristiques et garanties de votre adhésion au contrat ;
- Des annexes au Certificat d'adhésion déterminant le cessionnaire en garantie et l'échéancier des cotisations ;
- Des avenants qui pourraient être adressés à l'occasion d'une modification en cours de contrat.

Le certificat d'adhésion est un **document émis par l'assureur et remis ou envoyé à l'adhérent, en double exemplaire matérialisant son adhésion au contrat AVIVA EMPRUNTEUR sous réserve d'en retourner un exemplaire signé au siège social de l'assureur** (AVIVA VIE – 70 avenue de

l'Europe – 92273 Bois-Colombes Cedex). Ce document indique notamment la date d'effet des garanties, leur nature, leur étendue, leur durée, leur montant ainsi que le détail des cotisations.

En l'absence d'envoi à l'assureur du certificat d'adhésion signé dans le délai de 60 jours suivant sa date de délivrance, l'adhésion sera rétroactivement annulée. Une lettre recommandée avec accusé de réception sera adressée à l'organisme prêteur et à l'adhérent afin de les informer de cette annulation.

3.2. Formalités d'adhésion

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

En outre, il pourra être demandé un complément d'informations financières.

En cas de non déclaration de la part de l'assuré de tout élément de nature à modifier l'étude du risque par l'assureur, il pourra être fait application des dispositions prévues aux articles L113-2, L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

3.2.1. Couverture accidentelle temporaire

Le risque de Décès par accident est couvert dès le lendemain de la signature de la demande d'adhésion au contrat Aviva Emprunteur, sous réserve que l'assuré ait accepté une offre de prêt en sa faveur. Cette couverture cesse au plus tôt à la date d'effet de l'adhésion qui figure sur le certificat d'adhésion et au plus tard au terme d'un délai maximum de **90 jours** à compter de la date de signature de la demande d'adhésion.

Cette couverture accidentelle temporaire est accordée dans la limite de 200 000 euros et sous réserve des dispositions prévues à l'article 7 de la présente Notice.

3.3. Date d'effet de l'adhésion

L'adhésion prend effet, à la date indiquée sur le certificat d'adhésion, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation par l'assureur, et de l'acceptation de l'offre de prêt par l'assuré.

3.4. Date de déblocage des fonds empruntés.

L'adhérent doit informer l'assureur de la date effective de déblocage des fonds dans les 30 jours ouvrés suivant celle-ci.

A défaut d'information de la part de l'adhérent, la date de déblocage déclarée par l'adhérent lors de son adhésion au contrat AVIVA EMPRUNTEUR est réputée comme étant effective et constitue le point de départ de la dégressivité des capitaux.

En cas de décalage du déblocage des fonds qui nécessite un report du terme de l'adhésion au contrat AVIVA EMPRUNTEUR de 36 mois ou plus, un avenant sera établi afin d'ajuster les caractéristiques de l'adhésion, dans les limites définies à l'article 3.7 de la présente Notice.

3.5. 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, et ce pendant toute la durée du prêt spécifiée sur le certificat d'adhésion, sauf si l'adhérent manifeste sa volonté d'y mettre fin, sous réserve d'obtenir l'accord écrit de l'établissement prêteur.

L'adhésion prend fin automatiquement à la date de remboursement total du prêt et, au plus tard, à l'échéance du prêt spécifiée sur le certificat d'adhésion ou l'avenant éventuel.

3.6. Les obligations de l'assuré en cas de remboursement du prêt

L'assuré est tenu de déclarer à l'assureur dans un délai de 3 mois :

- tout remboursement anticipé partiel ou total du prêt ;
- toute exigibilité du prêt avant terme.

La déclaration doit être obligatoirement accompagnée d'un justificatif de l'organisme prêteur précisant la date de remboursement ou la date d'exigibilité du prêt.

En cas de remboursement total ou d'exigibilité du prêt, l'assureur procédera à la résiliation de l'adhésion. Les cotisations réglées couvrant la période postérieure à la date du remboursement anticipé ou d'exigibilité seront remboursées prorata-temporis.

Toutefois, à défaut de déclaration dans le délai de 3 mois précité, le remboursement sera limité à la quote-part de cotisation correspondant aux 3 derniers mois d'assurance précédant la date de déclaration effective.

En cas de remboursement partiel du prêt, l'assureur procédera à l'ajustement des garanties et des cotisations à la date de remboursement partiel du prêt.

Toutefois, à défaut de déclaration dans le délai de 3 mois précité, l'ajustement ne rétroagira que pour les 3 derniers mois précédant la date de déclaration effective.

3.7. - Age limite à l'adhésion et cessation des garanties

Pour la détermination du tarif, en vue de définir l'éligibilité aux garanties et calculer la fin des garanties selon les âges limites, l'âge se calcule par différence de millésime entre l'année d'assurance et l'année de naissance de l'assuré, quel que soit son mois de naissance. Cet âge est calculé à l'adhésion et évolue à chaque échéance anniversaire de la prise d'effet des garanties.

A titre d'exemple concernant la cessation des garanties :

- 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.

Les garanties cessent en même temps que l'adhésion et au plus tard aux événements ou âges de fin de garantie indiqués ci-après :

Type de Garantie	Age limite de l'assuré à l'adhésion ⁽¹⁾	Cessation des garanties ⁽²⁾
Garanties de Base obligatoires		
Décès	85 ans	Dès la survenance de l'un des événements suivants : - 90 ans de l'assuré, - remboursement total du prêt.
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	60 ans	Dès la survenance de l'un des événements suivants : - 67 ans de l'assuré, - remboursement total du prêt.
Garanties Optionnelles		
Incapacité Temporaire Totale (ITT)	60 ans	Dès la survenance de l'un des événements suivants : - remboursement total du prêt - date de départ à la retraite de l'assuré, quelle qu'en soit la cause - date de départ en préretraite de l'assuré, quelle qu'en soit la cause - les 67 ans de l'assuré.
Incapacité Permanente Partielle (IPP)	55 ans	
Incapacité Permanente Partielle à partir de 16% (IPP 16%)	55 ans	
Incapacité Permanente Totale (IPT)	55 ans	
Incapacité Professionnelle (IP)	55 ans	
Exonération du paiement des cotisations d'assurance	60 ans	
Option Sérénité	55 ans	
Enveloppe d'Assurabilité	60 ans	Dès la survenance de l'un des événements suivants : - 65 ans de l'assuré, - remboursement total du prêt - utilisation complète de l'enveloppe disponible - terme de la 5 ^{ème} année à compter de la prise d'effet de l'adhésion.

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

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

Conformément aux dispositions de l'article L132-26 du Code des Assurances, en cas d'erreur sur l'âge de l'assuré :

- si l'âge réel se situe en dehors des limites fixées par la présente Notice, l'erreur sur l'âge entraîne la nullité de l'assurance ; les cotisations perçues sont restituées
- si l'âge réel de l'assuré se situe dans les limites prévues par la présente Notice :
 - si la cotisation payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, les montants garantis sont réduits en proportion de la cotisation perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable de l'assuré
 - dans le cas contraire le surplus de cotisation versé est remboursé.

En outre, les garanties cessent :

- en cas d'exigibilité du prêt avant terme ;
- dès que l'assuré a entièrement remboursé l'emprunt qui a fait l'objet de son adhésion ;
- dès que l'assuré n'a plus la qualité de caution ou si l'emprunt cautionné a été entièrement remboursé ;
- en cas de demande de résiliation de l'adhérent, à la date anniversaire de l'adhésion, sous réserve que ladite demande soit formulée par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'assureur 3 mois au moins avant la date anniversaire de l'adhésion et qu'elle soit accompagnée de l'accord écrit du ou des organisme(s) prêteur(s) bénéficiaire(s) des garanties.

3.8. Non cumul

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Permanente Totale ou d'Incapacité Professionnelle, le paiement par anticipation du capital met fin à l'ensemble des garanties du contrat ainsi qu'au paiement des prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale ou Incapacité Permanente Partielle dont pourrait bénéficier l'assuré.

3.9. Etats antérieurs

Les garanties s'exercent :

- sur les conséquences de maladies dont les premières manifestations ont fait l'objet d'une constatation médicale postérieurement à la prise d'effet des garanties ;
- sur les conséquences des accidents survenus postérieurement à la date d'effet des garanties.

Ces garanties s'exercent en outre, sur les conséquences d'accident, d'affections et infirmités antérieurs ou existants au moment de l'adhésion, si ceux-ci ont été déclarés à l'assureur sur le questionnaire de santé et s'ils n'ont pas fait l'objet d'une exclusion particulière portée sur le certificat d'adhésion.

En cas de survenance d'une maladie ou d'un accident après acceptation de l'adhésion par l'assureur, sous réserve que l'assuré ait informé par lettre recommandée l'assureur dans les **10 jours** qui suivent la date initiale de la maladie ou de l'accident, les garanties s'exercent également :

- sur les conséquences de maladies ayant fait l'objet d'un constat médical entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date d'effet de l'adhésion,
- sur les conséquences des accidents survenus entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date d'effet de l'adhésion.

3.10. Etendue territoriale des garanties

Les garanties s'étendent au monde entier.

Si l'assuré est amené à changer son lieu de résidence ou en cas de déplacements professionnels dans un pays dont le séjour est déconseillé par le Ministère des Affaires Etrangères et Européennes, il devra en informer préalablement l'assureur afin que celui-ci puisse déterminer les conditions du maintien des garanties.

Toutefois, si l'assuré se trouve en état d'Incapacité Temporaire Totale ou 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 et la détermination du taux d'invalidité devront être effectuées en France. L'assuré sera tenu de faire éllection d'un domicile en France pour les expertises et contestations d'ordre médical. Les frais de déplacement ou de rapatriement sont à la charge de l'assuré. Le droit au paiement des prestations ou à la prise en charge des cotisations débutera à la date de ce constat.

> ARTICLE 4 – DEFINITION DES GARANTIES DU CONTRAT AVIVA EMPRUNTEUR

Sous réserve d'acceptation du risque par l'assureur, le contrat Aviva Emprunteur prévoit les garanties suivantes :

4.1. - Garanties de base obligatoires

DÉCÈS

En cas de décès de l'assuré survenant pendant la période de couverture de ce risque, le capital restant du au jour du sinistre au titre du prêt est versé (**sous réserve des exclusions visées à l'article 7 de la présente Notice**) à l'organisme prêteur à concurrence des sommes dues. Les versements périodiques restés impayés au jour du Décès ne seront en aucun cas pris en compte par l'assureur, de même que les intérêts courus. Le solde éventuel est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par l'adhérent. Ce capital sera versé dans les **30 jours** qui suivent la réception à l'adresse postale de l'assureur, de toutes les pièces nécessaires au règlement des prestations (voir article 6 de la présente Notice). Le paiement du capital décès met fin à l'adhésion.

En cas de décès de l'assuré postérieurement à la signature de l'offre de prêt, sous réserve de l'acceptation de la demande d'adhésion par l'assureur, avant que les fonds ne soient débloqués, la garantie Décès produira tous ses effets s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle le prêt est consenti demeure. L'assureur verse à l'établissement prêteur une somme équivalente au montant des sommes à débloquent, selon la quotité assurée ; le surplus éventuel étant reversé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par l'adhérent.

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

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

Si l'assuré est atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, pendant la période de couverture de ce risque, de l'assureur verse (**sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 de la présente Notice**), à la date de reconnaissance par l'assureur de cet état, par anticipation, à l'organisme prêteur à concurrence des sommes dues, le capital prévu en cas de décès. Les versements périodiques restés impayés au jour de la constatation de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, ne seront en aucun cas pris en compte par l'assureur, de même que les intérêts courus. Le solde éventuel est versé à l'assuré lui-même. Le paiement par anticipation du capital décès met fin à l'adhésion.

4.2. - Garanties optionnelles

4.2.1. Incapacité Temporaire Totale (ITT)

Cette garantie ne peut être souscrite en complément de la garantie Décès et par les personnes physiques ayant une activité professionnelle rémunérée au jour de l'adhésion.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de l'assuré, telle que décrite à l'article 9 de la Notice, pendant la période de couverture de ce risque, et à l'expiration du délai de franchise de **90 jours**, l'assureur verse (**sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 de la présente Notice**) à l'organisme prêteur, le montant de l'échéance du prêt dans la limite du montant garanti. Cette prestation est versée mensuellement, à terme échu, au prorata de la durée d'Incapacité Temporaire Totale et ce au plus tard jusqu'au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail dans la limite de 300 € par jour d'indemnisation par assuré. Par ailleurs, le versement de la prestation s'interrompt :

- dès que l'assuré peut reprendre son activité professionnelle, même partiellement,
- à la date fixée au certificat d'adhésion
- et au plus tard à la date de cessation des garanties telle que définie à l'article 3.7 de la présente Notice.

Cette Incapacité Temporaire Totale doit être constatée médicalement et être d'une durée supérieure au délai de franchise.

Le délai de franchise est déterminé à compter de la date de déclaration de l'Incapacité Temporaire Totale ou, si cette date est antérieure à la date de déblocage des fonds, à la date réelle de déblocage des fonds.

Rechute après reprise de travail.

En cas de rechute survenant **moins de deux mois** après la reprise du travail, l'indemnisation reprend au premier jour du nouvel arrêt, à la condition que celui-ci soit lié au même motif que le précédent. Pour un même accident ou une même maladie, le nombre de jours de travail pris en compte ne saurait excéder **1095 jours** en un seul ou plusieurs arrêts. En aucun cas, la prestation versée par l'assureur au titre de cette garantie ne peut se cumuler aux prestations versées au titre des garanties Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Permanente Totale/Invalidité Professionnelle ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

En cas de rechute survenant **plus de deux mois** après la reprise du travail, ou en cas de rechute moins de deux mois après la reprise du travail mais pour un motif différent, la franchise sera à nouveau appliquée.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux personnes sans activité professionnelle au moment du sinistre (voir article 9 de la présente Notice).

Reprise partielle du travail après 6 mois continus d'Incapacité Temporaire Totale de travail.

L'assuré, admis à reprendre une activité professionnelle partielle après 6 mois continus d'Incapacité Temporaire Totale de travail, recevra une indemnité journalière égale à 50% de l'indemnité garantie. Cette indemnité est versée (**sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 de la présente Notice**), pour un même événement accidentel ou une même maladie, au maximum pendant 6 mois et sous réserve que l'état de santé de l'assuré ne permette pas une reprise d'activité à temps plein.

En aucun cas, la prestation versée par l'assureur au titre de cette garantie ne peut se cumuler aux prestations versées au titre des garanties Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Permanente Partielle à 16%, Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Professionnelle.

4.2.2. Invalidité Permanente Partielle (IPP)

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Décès et de la garantie Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Professionnelle et par les personnes ayant une activité professionnelle rémunérée au jour de l'adhésion.

La garantie Invalidité Permanente Partielle intervient au terme du 1095^e jour d'incapacité à compter de la date initiale de l'arrêt de travail.

Pour qu'il y ait Invalidité Permanente Partielle, l'assuré doit présenter une incapacité fonctionnelle physique ou mentale et conjointement une incapacité professionnelle s'il exerce de manière effective une activité professionnelle ou s'il est à la recherche active d'un emploi, au jour du sinistre. Si l'assuré est atteint d'une Invalidité Permanente Partielle, telle que décrite à l'article 9 de la présente Notice, d'un taux supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66% pendant la période de couverture de ce risque, l'assureur verse (**sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 de la présente Notice**) à l'organisme prêteur, **50%** du montant de l'échéance du prêt dans la limite du montant garanti. Cette prestation est versée mensuellement, à terme échu, au prorata de la durée d'Invalidité Permanente Partielle, dans la limite de 150 € par jour d'indemnisation par assuré. Le versement de la prestation s'interrompt à la date fixée au certificat d'adhésion et en cas de reprise même partielle de l'activité professionnelle et au plus tard à la date de cessation des garanties telle que définie à l'article 3.7 de la présente Notice.

Evaluation du taux d'invalidité :

- Ce taux est déterminé par voie d'expertise médicale,
- Pour l'assuré exerçant une activité professionnelle ou à la recherche active

d'un emploi au jour du sinistre, en fonction de deux critères :

- **l'incapacité fonctionnelle.** Elle est fondée uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale, 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 la profession de l'assuré en tenant compte :
 - de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident à l'origine de l'état d'incapacité ;
 - des conditions normales de l'exercice de cette profession ;
 - des possibilités restantes et de reclassement.

Le taux d'Invalidité Permanente Partielle est estimé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle conformément au tableau ci-après :

		Taux d'Incapacité Fonctionnelle									
		10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Taux d'Incapacité Professionnelle	10			20,80	25,20	29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
	20		20,00	26,21	31,75	36,84	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
	30		22,89	30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
	40		25,20	33,02	40,00	46,42	52,41	58,09	63,50	68,68	73,68
	50	17,10	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
	60	18,17	28,84	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,68	78,62	84,34
	70	19,13	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,77	88,79
	80	20	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,53	92,83
	90	20,80	33,02	43,27	52,41	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
	100	21,54	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100

- Pour l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au moment du sinistre, elle est appréciée en fonction de la seule incapacité fonctionnelle (telle que définie ci-avant) et notamment de l'incidence de celle-ci sur l'exercice des occupations habituelles non professionnelles de l'assuré.

Ainsi :

- Si l'assuré est atteint d'une invalidité permanente dont le taux ainsi déterminé est inférieur à 33%, la garantie ne s'exerce pas.
- Si l'assuré est atteint d'une invalidité permanente dont le taux ainsi déterminé est supérieur à 66%, pendant la période de couverture de ce risque, l'assureur indemniserà le sinistre au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale ou de la garantie Invalidité Professionnelle (cf. art. 4.2.3 et 4.2.4 de la présente Notice).

Les taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle ne sont pas déterminés à titre définitif, et peuvent être revus en fonction des contrôles ou expertises auxquels l'assureur se réserve le droit de soumettre l'assuré (voir article 6.5 de la présente Notice).

4.2.2.1. Option Invalidité Permanente Partielle à partir de 16%

Cette garantie ne peut être souscrite qu'à l'adhésion et en complément de la garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP), en cours de paiement de cotisations. Elle est réservée exclusivement aux personnes exerçant une profession médicale à titre libéral ou aux professions libérales réglementées (cf. article 9 de la présente Notice).

Lorsque cette option est souscrite, l'invalidité permanente partielle est prise en charge dès 16 %, (**sous réserve des dispositions spéciales et exclusions visées à l'article 7 de la présente Notice**).

Les conditions suivantes sont alors appliquées :

- si le taux d'invalidité permanente est inférieur à 16 %, la garantie ne s'exerce pas et l'assuré ne perçoit pas de prestations au titre de cette garantie.
- si le taux d'invalidité permanente est supérieur ou égal à 16 % et inférieur à 33%, pendant la période de couverture de ce risque, l'assureur verse à l'organisme prêteur, 25% du montant de l'échéance du prêt dans la limite du montant garanti.
- Cette prestation est versée mensuellement, à terme échu, au prorata de la durée d'Invalidité Permanente Partielle, dans la limite de 75 € par jour d'indemnisation par assuré. Le versement de la prestation s'interrompt à la date fixée au certificat d'adhésion, en cas de reprise même partielle de l'activité professionnelle et au plus tard à la date de cessation des garanties telle que définie à l'article 3.7 de la présente Notice.

Dispositions applicables aux garanties IPP et IPP à 16%.

En aucun cas, la prestation versée par l'assureur au titre de l'une de ces garanties ne peut se cumuler aux prestations versées au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Professionnelle.

Si l'assuré, qui bénéficie d'une prise en charge au titre de la garantie Invalidité Permanente Partielle 16% (IPP16), voit son taux d'invalidité permanente partielle évoluer entre 33 % et 66 %, la garantie IPP16 cesse et l'assureur indemniserà le sinistre au titre de la garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP) (cf. art. 4.2.2 de la présente Notice).

Si l'assuré, qui bénéficie d'une prise en charge au titre de la garantie Invalidité

Permanente Partielle (IPP), voit son taux d'invalidité permanente partielle évoluer à un taux supérieur ou égal à 66%, la garantie IPP cesse et l'assureur indemniserà le sinistre au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale (IPT) ou de la garantie Invalidité Professionnelle (IP) (cf. art. 4.2.3 et 4.2.4 de la présente Notice).

4.2.3. Invalidité Permanente Totale (IPT)

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Décès et par les personnes physiques ayant une activité professionnelle rémunérée au jour de l'adhésion.

Lorsque cette garantie est souscrite, elle remplace la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

L'assuré est considéré en état d'Invalidité Permanente Totale (IPT), telle que décrite à l'article 9 de la présente Notice, s'il apporte la preuve qu'il se trouve, par suite de maladie ou d'accident, dans un état physique ou mental le mettant dans l'impossibilité totale, permanente et présumée définitive d'exercer une profession quelconque, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer gain ou profit. Cette invalidité est couverte à partir d'un taux d'invalidité de 66%.

Dans cette circonstance et si cette invalidité survient pendant la période de couverture de ce risque, le capital garanti est versé (**sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 de la présente Notice**) à l'organisme prêteur. **Le taux d'invalidité est évalué par voie d'expertise médicale.**

Le règlement intervient sur la base du capital restant du au titre du prêt dans la limite du montant des capitaux assurés au moment de la reconnaissance par l'assureur de l'Invalidité Permanente Totale. Les versements périodiques restés impayés, au jour de la constatation de l'Invalidité Permanente Totale, ne seront en aucun cas pris en compte par l'assureur, de même que les intérêts courus. Ce paiement met fin à l'adhésion.

En aucun cas, la prestation versée par l'assureur au titre de cette garantie ne peut se cumuler aux prestations versées au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Permanente Partielle à 16% ou Invalidité Professionnelle.

4.2.4. Invalidité Professionnelle (IP)

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Décès. Elle s'adresse exclusivement aux personnes exerçant une profession médicale, paramédicale ou libérale réglementée (cf. article 9 de la présente Notice).

Lorsque cette garantie est souscrite, elle remplace la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Si le client opte pour la garantie Invalidité Professionnelle, la garantie Invalidité Permanente Totale ne peut pas être souscrite.

Le capital garanti est versé (**sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 de la présente Notice**), à concurrence des sommes dues, à l'organisme prêteur si, pendant la couverture de ce risque, l'assuré apporte la preuve qu'il se trouve, par suite de maladie ou d'accident, atteint d'un taux d'incapacité professionnelle supérieur ou égal à 66% entraînant l'incapacité absolue et définitive **d'exercer sa profession**. Il n'est pas tenu compte de la capacité restante à exercer une autre profession ni des possibilités éventuelles de reclassement professionnel.

L'invalidité est évaluée par voie d'expertise médicale. Le règlement intervient sur la base du capital restant du au titre du prêt dans la limite du montant des capitaux assurés au moment de la reconnaissance par l'assureur de l'invalidité professionnelle. Ce paiement met fin à l'adhésion. L'assureur se réserve le droit de soumettre l'assuré aux contrôles ou expertises prévus à l'article 6.5 de la présente Notice.

En aucun cas, la prestation versée par l'assureur au titre de cette garantie ne peut se cumuler aux prestations versées au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Partielle et Invalidité Permanente Partielle à 16%.

4.2.5. Exonération du paiement des cotisations d'assurance

Cette option est réservée aux adhérents personnes physiques.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) :

Si l'assuré se trouve dans l'incapacité totale d'exercer sa profession ou de se livrer à ses occupations habituelles (cf. article 9 de la présente Notice), pendant la couverture de ce risque, les cotisations d'assurance sont prises en charge par l'assureur (**sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 de la présente Notice**) à compter du 91^{ème} jour d'incapacité totale. La prise en charge se poursuit au plus tard jusqu'au 1095^{ème} jour d'Incapacité Temporaire Totale, si l'assuré reste en incapacité totale pendant toute cette période. Elle s'interrompt dès que l'assuré peut reprendre, même partiellement, son activité professionnelle et au plus tard à la date de cessation des garanties telle que définie à l'article 3.7. de la présente Notice.

En cas de rechute survenant moins de deux mois après la reprise du travail :

L'exonération du paiement des cotisations reprend au premier jour du nouvel arrêt, à la condition que celui-ci soit lié au même motif que le précédent. Pour un même accident ou une même maladie, le nombre de jours de travail pris en compte ne saurait excéder **1095 jours** en un seul ou plusieurs arrêts.

En cas de rechute survenant plus de deux mois après la reprise du travail ou en cas de rechute moins de deux mois après la reprise du travail mais pour un motif différent, l'exonération jouera après application d'un nouveau délai de franchise.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux personnes sans activité professionnelle au moment du sinistre (cf. article 9 de la présente Notice).

En cas d'Invalidité Permanente Partielle (IPP):

La prise en charge des cotisations au titre de cette garantie intervient au terme du 1095^{ème} jour d'incapacité, mais aussi dès que la preuve de l'état d'invalidité permanente partielle, pendant la couverture de ce risque, pour un taux supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66% est apportée. L'assureur exonère **(sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 de la présente Notice)** l'adhérent du paiement de la cotisation d'assurance à hauteur de **50%**.

Si l'option Invalidité Permanente Partielle (IPP) à partir de 16% (cf. article 4.2.2.1 de la présente Notice) a été souscrite, la prise en charge des cotisations au titre de cette garantie intervient au terme du 1095^{ème} jour d'incapacité, mais aussi dès que la preuve de l'état d'invalidité permanente partielle, pendant la couverture de ce risque, pour un taux supérieur ou égal à 16% et inférieur à 33%, est apportée. L'assureur exonère **(sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 de la présente Notice)** l'adhérent du paiement de la cotisation d'assurance à hauteur de **25%**.

Si l'option Sérénité (cf. article 4.3 de la présente Notice) a été souscrite, la prise en charge des cotisations s'effectue, par dérogation aux dispositions de l'article 7.5 de la présente Notice, dans les mêmes conditions d'indemnisation que celles applicables aux garanties ITT, IPP et IP.

4.2.6. Enveloppe d'Assurabilité

Cette garantie optionnelle est réservée à la couverture d'Emprunts Professionnels.

Elle ne peut être souscrite qu'au moment de l'adhésion moyennant le paiement d'une cotisation unique. L'option "Enveloppe d'Assurabilité" permet à l'adhérent d'augmenter le montant des garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sans nouvelles formalités médicales sous réserve de pouvoir attester d'un état de santé inchangé depuis l'adhésion :

- dans la limite de 30% du montant du capital souscrit à l'origine avec un plafond de 750 000 euros,
- au cours des 5 premières années à compter de la prise d'effet de l'adhésion,
- en une seule ou en plusieurs fois,
- sous présentation d'un rapport financier justifiant du besoin économique de la demande d'augmentation des garanties et du tableau d'amortissement du nouveau prêt à garantir.

Les prêts issus de l'utilisation de l'Enveloppe d'Assurabilité devront s'éteindre avant le 70^{ème} anniversaire de l'assuré. De plus, la cotisation Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie y afférent est fonction du montant du capital supplémentaire demandé, de l'âge atteint par l'assuré et du tarif en vigueur lors de la demande d'augmentation des garanties. Si une demande d'augmentation de garanties entraîne un dépassement du plafond de 30% du capital initial souscrit (avec un plafond de 750 000 euros) pour la couverture d'Emprunts Professionnels, le surplus de garanties sera soumis aux dispositions applicables à une nouvelle adhésion, selon la présente Notice et la Note d'Information du contrat AVIVA EMPRUNTEUR en vigueur à cette date, et subordonné à des formalités médicales ainsi qu'à une nouvelle acceptation de l'assureur.

4.3 Option « Sérénité »

L'option « Sérénité » a pour objet de limiter les dispositions spéciales appliquées en cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité.

Cette option ne peut être souscrite que par les adhérents personnes physiques résidant en France Métropolitaine ou en Principauté de Monaco et exerçant une activité professionnelle. Elle n'est accessible qu'au moment de l'adhésion au contrat Aviva Emprunteur.

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

L'option « Sérénité » permet la prise en charge, aux conditions prévues aux articles 4.2.1 à 4.2.4 de la présente Notice, sans condition d'hospitalisation, par dérogation à l'article 7.5 de la présente Notice, de toute incapacité ou invalidité résultant :

- d'affections disco-vertébrales (cervicalgies, cruralgies, dorsalgies, lombalgies, sciatiques, hernies discales), quelle qu'en soit la cause, ainsi que les traumatismes vertébraux ayant entraîné une fracture vertébrale ou une lésion de la moelle épinière,
- de maladies psychiques (dépressions nerveuses, schizophrénie, troubles mentaux organiques, troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles de la personnalité et du comportement, troubles de l'alimentation, aliénation mentale, fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique), quelle qu'en soit l'origine, **sauf stipulation contraire figurant au certificat d'adhésion.**

4.4 - Bénéficiaires des garanties

Le bénéfice des prestations garanties par le contrat revient en cas de :

Décès : à (aux) l'organisme(s) prêteur(s) à concurrence des sommes restant dues au jour du décès et pour le solde éventuel, au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par l'adhérent,

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou Invalidité Permanente Totale ou Invalidité professionnelle : à (aux) l'organisme(s) prêteur(s) à concurrence des sommes restant dues au jour de la reconnaissance de cet état par l'assureur et, pour le solde éventuel, à l'assuré lui-même,

Incapacité Temporaire Totale : à (aux) l'organisme(s) prêteur(s),

Invalidité Permanente Partielle : à (aux) l'organisme(s) prêteur(s).

4.5 - Assurance de co-emprunteurs

Lorsque plusieurs emprunteurs s'assurent chacun à 100% pour la couverture du(des) même(s) prêt(s), le décès, la perte totale et irréversible d'autonomie, l'invalidité permanente totale, l'invalidité professionnelle (si ces dernières garanties optionnelles sont souscrites) de l'un des emprunteurs, entraîne la résiliation automatique de l'adhésion ou des adhésions de l'autre ou des autres emprunteurs.

Lorsque des co-emprunteurs sont conjointement en Incapacité Temporaire Totale ou en invalidité permanente partielle, le montant total des prestations servies au titre d'un prêt ne peut excéder le montant des sommes dues à (aux) organisme(s) prêteur(s) dans la limite des montants assurés.

4.6 - Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé).

Objet de la convention

Les candidats à l'assurance emprunteur présentant un risque aggravé de santé, conforme aux dispositions prévues dans le cadre de la convention AERAS, et ne pouvant être couverts selon les conditions normales d'acceptation du contrat Aviva Emprunteur (cf. niveau 1 de la convention AERAS), peuvent relever d'une nouvelle étude d'acceptation soumise à une tarification spécifique (cf. niveau 2 de la convention AERAS). Cette nouvelle étude est systématiquement effectuée par l'assureur individuellement.

En cas de refus de toute garantie par l'assureur au titre du niveau 2, et sous réserve du respect des limites prévues par la convention AERAS, le dossier est présenté dans le cadre du « pool de réassurance » également appelé de niveau 3, conformément aux dispositions prévues à la convention AERAS.

Garantie Invalidité Fonctionnelle Spécifique en cas de risque aggravé de santé

Conformément aux dispositions prévues dans le cadre de la convention AERAS, une garantie Invalidité Fonctionnelle spécifique peut être proposée par l'assureur à l'adhésion, dans le cas où les garanties, Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Professionnelle (cf articles 4.2.3 et 4.2.4 de la présente Notice) ne peuvent être accordées pour des raisons médicales.

La garantie Invalidité Fonctionnelle spécifique n'est pas une option, le candidat à l'assurance ne peut la solliciter. Elle sera accordée par l'assureur aux seuls candidats à l'assurance qui ont demandé lors de leur adhésion à bénéficier des garanties Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Professionnelle et qui, pour des raisons médicales ne peuvent pas en bénéficier.

La garantie Invalidité Fonctionnelle spécifique, intervient au terme de **1095 jours** d'incapacité. Elle entre également en jeu dès que la preuve de l'état d'invalidité est apportée, c'est-à-dire la preuve d'une diminution des capacités physique ou mentale ayant acquis un caractère stable et présumé définitif.

Si avant son 67^{ème} anniversaire, l'assuré est atteint d'une Invalidité Fonctionnelle d'un taux supérieur ou égal à 70 %, l'assureur verse **(sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 de la présente Notice)** à l'organisme prêteur le capital restant du au titre du prêt dans la limite des montants assurés au moment de la reconnaissance par l'assureur de l'Invalidité Fonctionnelle spécifique. Ce paiement met fin à l'adhésion.

L'Invalidité Fonctionnelle spécifique est fondée uniquement sur la diminution de capacité physique ou psychique, indépendamment de toute considération professionnelle. Le taux d'Invalidité Fonctionnelle est évalué par voie d'expertise médicale selon le barème d'invalidité annexé au code des pensions civiles et militaires.

Lorsque la garantie Invalidité Fonctionnelle Spécifique est accordée, elle remplace la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Pour plus d'informations sur les dispositions prévues dans le cadre de la convention AERAS, rendez-vous sur le site www.aeras-infos.fr

➤ ARTICLE 5 – MODALITES DE VERSEMENT DES COTISATIONS

5.1 – Calcul des cotisations

Chaque année, la cotisation est calculée en appliquant à chacune des garanties le tarif en vigueur correspondant à l'âge atteint par l'assuré.

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

5.2 – Paiement des cotisations

La périodicité du règlement des cotisations est indiquée sur le certificat d'adhésion. L'adhérent peut payer ses cotisations par année, par semestre, par trimestre, ou par mois. Le prélèvement automatique est obligatoire. Il est possible de changer la périodicité des cotisations sur simple demande en respectant les minima en vigueur.

5.3 – 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 ou la demande de prélèvement, il sera adressé à l'adhérent un pli recommandé l'avertissant de cette situation et de ses conséquences pour la continuité des garanties. L'organisme prêteur bénéficiaire des garanties est informé de cet envoi par écrit. Si la cotisation n'est toujours pas réglée dans un délai de **40 jours** après l'envoi de ce pli recommandé, les garanties sont résiliées (par application de l'Article L 141.3 du Code des Assurances) et l'organisme prêteur bénéficiaire des garanties en est informé par courrier.

➤ ARTICLE 6 - FORMALITÉS À REMPLIR POUR OBTENIR LE PAIEMENT DES PRESTATIONS EN CAS DE SINISTRE

6.1 - Déclarations et délais de forclusion

En ce qui concerne les garanties en cas d'invalidité ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, il appartient à l'assuré, ou à ses ayants droit, de faire parvenir, à l'adresse postale de l'assureur (70 avenue de l'Europe – 92273 Bois Colombes Cedex), une déclaration dans les deux mois qui suivent la consolidation de cet état.

Pour obtenir le versement des prestations, ou la prise en charge des cotisations en cas d'Incapacité Temporaire Totale, la déclaration de l'incapacité doit être faite à l'adresse postale de l'assureur (70 avenue de l'Europe – 92273 Bois Colombes Cedex) avant l'expiration de la période de franchise de **90 jours** prévue pour cette garantie. De la même façon, toute prolongation d'incapacité 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 prestation pour la période précédant la date de réception des justificatifs.

6.2 - Pièces à fournir pour obtenir le règlement des prestations en cas de décès

En cas de décès de l'assuré, le règlement du capital 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 ;
- les pièces justificatives précisant le montant restant dû à l'organisme prêteur à la date du décès ;
- tout document établissant si possible les causes exactes du décès ;
- le cas échéant, l'attestation fiscale ad hoc ;
- tous formulaires fournis par l'assureur et tous documents complémentaires qui pourraient être nécessaires pour la gestion des sinistres.
- tout autre justificatif que l'évolution de la réglementation justifierait.

6.3 - Pièces à fournir en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Permanente Totale, d'Invalidité Professionnelle ou d'Invalidité Fonctionnelle Spécifique AERAS

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie affectant l'assuré, les pièces suivantes devront être transmises dans les 2 mois suivant la consolidation de l'état d'invalidité :

- s'il s'agit d'un assuré relevant du Régime Général ou du Régime Agricole de la Sécurité Sociale en tant que salarié, 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 d'un des régimes précités, toutes pièces médicales et tous 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 ;
- les pièces justificatives précisant le montant restant dû à l'organisme prêteur à la date de reconnaissance par l'assureur de l'état de PTIA ;
- tous formulaires fournis par l'assureur et tous documents complémentaires qui pourraient être nécessaires pour la gestion des sinistres.
- tout autre justificatif que l'évolution de la réglementation justifierait.

En cas d'invalidité, l'assuré doit fournir :

- un certificat médical de son médecin traitant précisant le motif et la durée de son invalidité ;
- les bordereaux de paiement en espèces émanant de l'organisme de régime obligatoire ou facultatif auquel il est affilié ;
- tous documents médicaux et administratifs pouvant attester d'une cessation temporaire ou définitive d'activité ;
- le dernier tableau d'amortissement du ou des prêt(s) en cours au jour de la constatation de l'incapacité ou de la consolidation de l'invalidité ;
- un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ;

- tous formulaires fournis par l'assureur et tous documents complémentaires qui pourraient être nécessaires pour la gestion des sinistres.
 - tout autre justificatif que l'évolution de la réglementation justifierait.
- Les prolongations sont admises pour une durée d'un mois au maximum.

6.4 - Pièces à fournir pour le paiement des prestations liées à l'Incapacité Temporaire Totale et à l'Invalidité Permanente Partielle

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

- un certificat médical de son médecin traitant précisant le motif et la durée de son arrêt de travail ou de son invalidité fonctionnelle ;
- les bordereaux de paiement en espèces émanant de l'organisme de régime obligatoire ou facultatif auquel il est affilié ;
- tous documents médicaux et administratifs pouvant attester d'une cessation temporaire ou définitive d'activité ;
- tous documents pouvant attester d'une recherche active d'emploi pour les personnes à la recherche d'un emploi ;
- le dernier tableau d'amortissement du ou des prêt(s) en cours au jour de la constatation de l'incapacité ou de la consolidation de l'invalidité ;
- un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) de l'organisme bénéficiaire du versement des prestations ;
- tous formulaires fournis par l'assureur et tout document complémentaire qui pourrait être nécessaire pour la gestion des sinistres.
- tout autre justificatif que l'évolution de la réglementation justifierait.

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

6.5 - Contrôles - Expertises

Préalablement à tout règlement de prestations effectué au titre des garanties PTIA, ITT, IPP, IPP à 16%, IPT, IP, Invalidité Fonctionnelle Spécifique AERAS ou exonération des cotisations d'assurance, l'assureur se réserve le droit de soumettre l'assuré à une expertise médicale auprès d'un médecin qu'il aura désigné. Les frais de déplacement de l'assuré resteront à la charge de ce dernier.

Si l'assuré, en raison de son état de santé, ne peut se déplacer, le médecin devra avoir libre accès auprès de lui, afin de l'examiner. Sauf si celle-ci est justifiée, toute opposition à ce droit de contrôle entraîne la cessation de la garantie et des prestations en cours.

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

Les conclusions du rapport médical d'arbitrage s'imposeront à l'assuré et à l'assureur.

➤ ARTICLE 7 - EXCLUSIONS ET DISPOSITIONS SPECIALES

7.1. 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, notamment dans le cadre des interventions consécutives aux résolutions de l'ONU ;
- les conséquences résultant d'actes de terrorisme ou d'attentats dans lesquels l'assuré a pris une part active.

7.2. 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 remise en vigueur de l'adhésion. Après cette première année, le suicide est assuré normalement. Toutefois, le suicide de l'assuré sera pris en charge dès l'adhésion si le prêt couvert est destiné à financer l'acquisition de la résidence principale de l'assuré, et dans la limite du montant mentionné au Décret visé par l'article L 132-7 du Code des Assurances (soit 120 000 euros au 1^{er} janvier 2012).
- la garantie décès cesse d'avoir effet à l'égard du bénéficiaire qui a été condamné pour avoir volontairement donné la mort à l'assuré.

7.3. Risques exclus en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale ou d'invalidité :

- les conséquences des tentatives de suicide ou de mutilation volontaire ;
- les conséquences d'accidents survenant alors que l'assuré conduisait en état d'ivresse (taux d'alcoolémie égal ou supérieur à la réglementation en vigueur au jour de l'accident), quel que soit le moyen de transport ;
- les conséquences de l'usage ou d'accidents survenant lorsque l'assuré est sous l'effet de toxiques ou de stupéfiants ou produits analogues

non prescrits médicalement ou utilisés sans respect des directives d'un médecin ;

- 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 garanties restent acquises aux assurés militaires qui dans le cadre de leur activité professionnelle sont affectés dans une unité ou dans un service dont l'activité normale et habituelle est de mettre en œuvre des armements nucléaires ou d'utiliser des sources d'énergie nucléaire, sous réserve que l'assureur ait été préalablement informé du risque lié à l'activité professionnelle au moment de l'adhésion ;

- les conséquences de la pratique de sports réalisés à titre professionnel ;

- les disciplines équestres suivantes : chasse à courre, concours complet, course attelée, endurance, endurance en attelage, hunter, polo, poursuite par équipe, saut d'obstacles (à l'exception des assurés exerçant une activité professionnelle agricole hippique).

Les conséquences de la pratique, même occasionnelle (à l'exception des baptêmes), de sports, activités ou loisirs suivants, réalisée à titre amateur sauf si l'assuré a déclaré la pratique dudit sport lors de son adhésion et que l'éventuelle proposition tarifaire émanant de l'assureur a été acceptée par l'assuré, ou que la demande n'ait pas été rejetée par l'assureur :

- la compétition automobile, motocycliste, motonautique ou aéronautique ;

- le parachutisme (à l'exception du saut à ouverture automatique), le deltaplane, le parapente, l'ULM, le vol à voile ou le pilotage de tout autre aéronef, le saut à l'élastique ;

- la participation active à des démonstrations, matches et compétitions ainsi que leurs essais préparatoires, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur ou d'animaux ;

- la participation active à des raids, acrobaties, cascades, défis, paris, et expéditions réalisées à titre scientifique ou non.

7.4. Risques exclus en cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité

- les conséquences de l'état de grossesse et de ses suites pendant les 6 semaines précédant l'accouchement et les 10 semaines lui succédant, la garantie étant acquise en dehors de la période ainsi définie, mais seulement en cas de complications pathologiques.

Sont également exclus de la garantie les arrêts de travail pour traitement de la stérilité ainsi que les grossesses qui en résultent ;

- les arrêts de travail en rapport avec des interventions de chirurgie esthétique, lorsque celles-ci ne sont pas motivées par des séquelles d'accident.

7.5. Dispositions spéciales

En outre, en cas d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité uniquement, les dispositions suivantes s'appliquent :

7.5.1. Modalités d'indemnisation des affections disco-vertébrales en cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité (uniquement si l'option « Sérénité » n'a pas été souscrite – cf. article 4.3 de la présente Notice) :

Les affections disco-vertébrales (cervicalgies, cruralgies, dorsalgies, lombalgies, sciatiques, hernies discales), quelle qu'en soit la cause, ainsi que les traumatismes vertébraux ayant entraîné une fracture vertébrale ou une lésion de la moelle épinière, ne sont pas indemnisées sauf si elles donnent lieu à une hospitalisation continue de plus de **7 jours**. La franchise est décomptée à partir du 1^{er} jour d'hospitalisation.

7.5.2. Modalités d'indemnisation des maladies psychiques en cas d'Incapacité de Temporaire Totale ou d'Invalidité (uniquement si l'option « Sérénité » n'a pas été souscrite- cf. article 4.3 de la présente Notice) :

Les maladies psychiques (dépressions nerveuses, schizophrénie, troubles mentaux organiques, troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles de la personnalité et du comportement, troubles de l'alimentation, aliénation mentale, fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique), quelle qu'en soit l'origine, ne sont pas indemnisées sauf si elles donnent lieu à une hospitalisation continue de plus de **30 jours** en établissement spécialisé. La franchise est décomptée à partir du 1^{er} jour d'hospitalisation.

7.5.3. Sports équestres couverts :

Sont couvertes les disciplines équestres suivantes, sous réserve de leur déclaration à l'adhésion par l'assuré : dressage, manège, épreuve de fond, gymkhana, épreuve de poney club, balade/promenade, concours de modèles et allures, voltige, trek, équifun, pentathlon moderne, attelage (sans épreuve d'endurance), ski-joëring, horse-ball, yoseikan-bajutsu.

➤ ARTICLE 8 - LES DROITS QUI VOUS PROTÈGENT - DISPOSITIONS DIVERSES

8.1. Droit de renonciation et modalités

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant **30 jours** calendaires révolus à compter du moment où il est informé que son contrat est conclu.

La date de conclusion du contrat est :

- Soit la date à laquelle l'assuré signe le certificat d'adhésion et le retourne signé à l'assureur si l'adhésion est acceptée aux conditions normales (sans surprime, ni exclusion particulière).

- Soit la date à laquelle l'assuré accepte en les retournant signées, les conditions d'acceptation particulières notifiées par l'assureur en cas de surprime(s) et/ou d'exclusion(s) particulière(s).

Ce délai de renonciation expire le dernier jour à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception envoyée à l'adresse postale de l'assureur, rédigée comme suit : "Je soussigné....., déclare renoncer à mon adhésion au contrat AVIVA EMPRUNTEUR N°..... et demande à recevoir le remboursement total des sommes versées dans un délai maximum de **30 jours** à compter de la réception de la présente lettre".

(Date).....(Signature).....

A compter de l'envoi de cette lettre, l'adhésion prend fin.

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

8.2. Droit d'accès, de rectification et d'opposition

Les informations personnelles recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à Aviva Vie de procéder à la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance. Elles sont destinées à l'assureur, ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels, partenaires, prestataires éventuellement situés en dehors de l'Union Européenne et le cas échéant aux autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires en vigueur notamment relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux données qui vous concernent dans les conditions et limites prévues par les articles 38, 39 et 40 de la loi précitée. Pour cela, il vous suffit d'écrire à Aviva Vie - 70 avenue de l'Europe - 92270 Bois Colombes. Par ailleurs, sauf opposition de votre part, ces informations pourront être transmises aux autres entités du groupe Aviva France et à ses partenaires à des fins de prospection commerciale.

Pour plus d'informations sur le transfert de données à l'étranger, vous pouvez consulter les mentions légales du site Aviva « www.aviva.fr » ou écrire à l'adresse ci-dessus.

Les informations médicales fournies sur le questionnaire de santé nécessaires à l'étude de la demande d'assurance, sont quant à elles à l'usage exclusif du Médecin Conseil de l'assureur et le cas échéant du réassureur. Ces données médicales peuvent également donner lieu à l'exercice d'un droit d'accès de rectification et d'opposition pour motifs légitimes auprès du Médecin Conseil du service médical de l'assureur en écrivant à VGED - 70 avenue de l'Europe - 92273 Bois-Colombes cedex.

8.3. Droit d'information

L'adhérent recevra chaque année un relevé de situation sur lequel figureront notamment le montant de ses garanties ainsi que le détail de ses cotisations.

8.4. Procédure d'examen des litiges

Les réclamations relatives à l'adhésion, à l'exécution ou au dénouement de l'adhésion sont à adresser au siège social de l'assureur, à la Direction des Opérations et des Relations Clients - 70 avenue de l'Europe - 92273 Bois Colombes Cedex.

En cas de réponse non satisfaisante de l'assureur à une réclamation de l'une des parties prenantes à l'adhésion ou de l'un des bénéficiaires, celui-ci a la faculté de faire appel au médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurance. Ses coordonnées sont communiquées par l'assureur sur simple demande.

8.5. Organisme de contrôle

L'assureur est contrôlé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel - 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09.

8.6. Prescription

Conformément aux articles L114-1 et L114-2 du Code des Assurances, toute action dérivant de la présente adhésion est prescrite à compter de l'événement qui y donne naissance :

- par 10 ans à l'égard du bénéficiaire s'il s'agit d'une personne différente de l'assuré ou de l'adhérent ;

- par 2 ans à l'égard de l'assuré et de l'adhérent.
- Toutefois, ce délai ne court :
- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a connaissance.
 - en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
- La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption, et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressé par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

8.7. Indications générales liées au régime fiscal

Pour toutes les personnes fiscalement domiciliées en France, les règlements effectués au titre du contrat AVIVA EMPRUNTEUR sont soumis au régime fiscal français de l'assurance.

8.8. Participation aux bénéfices techniques et financiers

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

> ARTICLE 9 – 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.

ADHÉRENT :

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

AGE :

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

ASSURÉ :

Personne physique sur laquelle repose l'assurance.

BÉNÉFICIAIRE :

Personne physique ou morale, au profit de laquelle l'assurance est conclue et qui reçoit les prestations versées par l'assureur.

- En cas de décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Partielle, d'Invalidité Permanente Totale, d'Invalidité Professionnelle ou d'Invalidité Fonctionnelle Spécifique AERAS, le bénéficiaire des prestations est :

- l'organisme prêteur à concurrence des sommes dues, et,
- pour le solde éventuel, les personnes désignées par l'adhérent, ou l'assuré lui-même en cas de PTIA.

L'adhérent désigne le ou les bénéficiaire(s) en cas de décès de l'assuré lors de l'adhésion et ultérieurement par avenant à l'adhésion. L'adhérent a notamment la possibilité d'effectuer cette désignation par acte sous seing privé (par exemple un courrier joint lors de l'adhésion) ou par acte authentique (c'est-à-dire un acte notarié). Lorsque l'adhérent désigne nommément un bénéficiaire, il peut porter à l'adhésion les coordonnées de cette personne, qui seront utilisées par l'assureur en cas de décès de l'assuré. L'adhérent peut modifier la clause bénéficiaire du contrat lorsque celle-ci n'est plus appropriée. Toutefois, la désignation du bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par celui-ci du bénéfice de l'adhésion. Ce qui signifie notamment, que son accord devient indispensable lorsque l'adhérent souhaite lui substituer un autre bénéficiaire. A défaut de ce consentement, l'Assureur ne peut donner une suite favorable aux demandes de l'adhérent.

CERTIFICAT D'ADHÉSION :

Document émis par l'assureur et remis ou envoyé à l'adhérent, matérialisant son adhésion au contrat AVIVA EMPRUNTEUR. 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, non séparé(e) de corps judiciairement, ou le partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité.

CONSOLIDATION :

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

ECHÉANCES DU PRÊT :

- Prêt à taux fixe et taux variable : il s'agit des échéances représentatives des amortissements du capital emprunté et des intérêts tels que définis par le tableau d'amortissement établi par l'organisme prêteur, à l'exclusion de tous les frais divers (frais de remboursement anticipé, pénalités de retard, frais de dossier, ...).

Pour les prêts à taux variable, le montant de la prise en charge des échéances du prêt est calculé d'après le dernier tableau d'amortissement reçu par l'assureur. En ce qui concerne les prêts comportant une période de différé d'amortissement, l'assureur prend en charge les intérêts venant à échéance pendant la période de différé. Au-delà de cette période, l'assureur prend en charge les échéances du prêt telles que définies ci-avant.

- Prêts in fine et prêts relais : il s'agit des échéances représentatives des seuls intérêts, à l'exclusion des amortissements du capital emprunté et frais divers.

MALADIE :

Par maladie, on entend toute altération de la santé de l'assuré médicalement constatée.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (ITT) :

Sera considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) l'assuré en activité professionnelle ou à la recherche active d'un emploi, lorsqu'il ne peut plus exercer sa profession, 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. Sera également considéré en Incapacité Temporaire Totale l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle, au moment du sinistre, contraint d'observer un repos total et complet (suite à hospitalisation ou obligation médicale de maintien au domicile), et qui serait dans l'impossibilité temporaire complète d'exercer ses occupations habituelles non professionnelles. Cette Incapacité Temporaire Totale doit être constatée médicalement et être d'une durée supérieure au délai de franchise.

INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP) :

Sera considéré en état d'Invalidité Permanente Partielle (IPP), l'assuré en activité professionnelle ou à la recherche active d'un emploi, et qui peut apporter la preuve d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales ayant acquis un caractère stable et présumé définitif. L'invalidité permanente est partielle lorsque le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%.

Sera également considéré en IPP l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle, au moment du sinistre mais se trouvant atteint d'une IPP dont le taux est supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%. **Le taux d'invalidité est évalué par voie d'expertise médicale.**

Pour l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au moment du sinistre, l'invalidité est appréciée en fonction de la seule incapacité fonctionnelle et notamment de l'incidence de cette incapacité (telle que définie à l'article 4.2.2 de la présente notice) sur l'exercice des occupations habituelles et non professionnelles de l'assuré. **Le taux d'invalidité fonctionnelle est évalué par voie d'expertise médicale.**

INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP) À 16% :

Sera considéré en état d'Invalidité Permanente Partielle (IPP), l'assuré en activité professionnelle ou à la recherche active d'un emploi, et qui peut apporter la preuve d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales ayant acquis un caractère stable et présumé définitif. L'invalidité permanente est partielle lorsque le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 16% et inférieur à 33%.

Sera également considéré en IPP l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle, au moment du sinistre mais se trouvant atteint d'une IPP dont le taux est supérieur ou égal à 16% et inférieur à 33%.

Le taux d'invalidité sera déterminé dans les mêmes conditions que pour l'IPP et par voie d'expertise médicale.

INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT) :

Sera considéré en état d'Invalidité Permanente Totale (IPT) l'assuré en activité professionnelle ou à la recherche active d'un emploi, s'il apporte la preuve qu'il se trouve, par suite de maladie ou d'accident, dans un état physique ou mental le mettant dans l'impossibilité totale, permanente et présumée définitive de se livrer à un travail ou à une occupation quelconque, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer gain ou profit. Cette invalidité est couverte à partir d'un taux d'invalidité de 66%.

Sera également considéré en I.P.T. l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle, au moment du sinistre mais se trouvant dans l'inaptitude fonctionnelle totale et présumée définitive d'exercer une occupation quelconque. Cette invalidité est couverte à compter d'un taux d'invalidité fonctionnelle de 66%. **Le taux d'invalidité est évalué par voie d'expertise médicale.**

INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE (IP) :

L'assuré est considéré en état d'Invalidité Professionnelle (IP), s'il apporte la preuve qu'il se trouve atteint par suite de maladie ou d'accident, d'une incapacité professionnelle entraînant l'incapacité absolue et définitive d'exercer sa profession au jour de la déclaration du sinistre.

Sera également considéré en IP l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle, au moment du sinistre mais se trouvant dans l'inaptitude fonctionnelle totale et présumée définitive d'exercer une occupation quelconque. Cette invalidité est couverte à partir d'un taux d'invalidité fonctionnelle de 66%.

Le taux d'invalidité est évalué par voie d'expertise médicale.

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) :

L'assuré est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) s'il apporte la preuve qu'il se trouve, par suite de maladie ou d'accident, dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou un travail quelconque lui procurant gain ou profit et si son état l'oblige, en outre, à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie : faire sa toilette, s'habiller, s'alimenter et se déplacer. **Sont exclues de la notion d'assistance à tierce personne, les aides dites de stimulation et de surveillance.**

PROFESSIONS LIBERALES REGLEMENTEES :

Les professions libérales réglementées sont les suivantes : Administrateurs judiciaires, Agents généraux d'assurance, Architectes, Avocats, Avocats au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation, Avoués à la Cour, 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.

PROFESSIONS MEDICALES (À TITRE LIBÉRAL OU SALARIÉ) :

Sont concernés ici les professionnels de santé pouvant exercer des actes médicaux, ayant le droit de prescription et inscrits à un Ordre professionnel médical.

Ne sont pas considérés comme Professions Médicales les praticiens de médecine non conventionnelle sauf s'ils sont inscrits à l'Ordre National des Médecins.

PROFESSIONS PARAMEDICALES (À TITRE LIBÉRAL OU SALARIÉ) :

Sont concernés ici les professionnels de santé pratiquant des actes de soins, des actes de rééducation ou de réadaptation ou des actes médico-techniques, sur prescription médicale.

Ne sont pas considérés comme Professions Paramédicales les praticiens de médecine non conventionnelle sauf s'ils sont inscrits à un Ordre Professionnel paramédical ou s'ils pratiquent l'ostéopathie.



Aviva Vie
Siège social : 70 avenue de l'Europe
92273 Bois-Colombes Cedex
Société Anonyme d'Assurance Vie et de Capitalisation
Entreprise régie par le Code des assurances
Capital social de 655 481 225,46 euros
732 020 805 RCS NANTERRE

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

Note d'information

Aviva Emprunteur

➤ I - CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT

AVIVA EMPRUNTEUR est un contrat collectif d'assurance sur la vie à adhésion facultative régi par le Code des Assurances : branches 20 (vie - décès), 1 (accident) et 2 (maladie). Il est souscrit auprès d'AVIVA VIE (siège social : 70 avenue de l'Europe - 92273 Bois-Colombes cedex) ci-après dénommé l'assureur, par l'ADER (Association pour le Développement de l'Épargne pour la Retraite), 24/26 rue de la pépinière - 75008 Paris.

Le contrat AVIVA EMPRUNTEUR a pour objet, moyennant le paiement de cotisations, de garantir les bénéficiaires de prêts personnels ou professionnels contre les risques décès, perte totale et irréversible d'autonomie, invalidité permanente totale, invalidité professionnelle pour les professions médicales, paramédicales et libérales réglementées, invalidité permanente partielle et incapacité temporaire totale.

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

Le certificat d'adhésion est un **document émis par l'assureur et remis ou envoyé à l'adhérent, en double exemplaire matérialisant son adhésion au contrat AVIVA EMPRUNTEUR sous réserve d'en retourner un exemplaire signé au siège social de l'assureur**. Ce document indique notamment la date d'effet des garanties, leur nature, leur étendue, leur durée, leur montant ainsi que le détail des cotisations.

En l'absence d'envoi du certificat d'adhésion signé à l'assureur dans le délai de 60 jours suivant sa date de délivrance, l'adhésion sera rétroactivement annulée. Une lettre recommandée avec accusé de réception sera adressée à l'organisme prêteur et à l'adhérent afin de les informer de cette annulation.

➤ II - DÉFINITIONS CONTRACTUELLES DES GARANTIES OFFERTES

Sous réserve d'acceptation du risque par l'assureur, le contrat Aviva Emprunteur prévoit les garanties suivantes :

II-1 Couverture accidentelle temporaire

Le risque de Décès par accident est couvert dès le lendemain de la signature de la demande d'adhésion au contrat Aviva Emprunteur, sous réserve que l'assuré ait accepté une offre de prêt en sa faveur. Cette couverture cesse au plus tôt à la date d'effet de l'adhésion qui figure sur le certificat d'adhésion et au plus tard au terme d'un délai maximum de **90 jours** à compter de la date de signature de la Demande d'adhésion.

Cette couverture accidentelle temporaire est accordée dans la limite de 200 000 euros et sous réserve des conditions prévues à l'article 7 de la Notice.

II-2 Les garanties de base obligatoires

DÉCÈS

En cas de décès de l'assuré survenant pendant la période de couverture de ce risque, le capital restant du au jour du sinistre au titre du prêt est versé (**sous réserve des exclusions visées à l'article 7 de la Notice**) à l'organisme prêteur à concurrence des sommes dues. Le solde éventuel est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par l'adhérent. Ce capital sera versé dans les **30 jours** qui suivent la réception à l'adresse postale de l'assureur, de toutes les pièces nécessaires au règlement des prestations (voir article 6 de la Notice). Le paiement du capital décès met fin à l'adhésion.

En cas de décès de l'assuré postérieurement à la signature de l'offre de prêt, sous réserve de l'acceptation de la demande d'adhésion par l'assureur, avant que les fonds ne soient débloqués, la garantie Décès produira tous ses effets s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle le prêt est consenti demeure. L'assureur verse à l'établissement prêteur une somme équivalente au montant des sommes à débloquent, selon la quotité assurée ; le surplus éventuel étant reversé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par l'adhérent.

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

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

Si l'assuré est atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, pendant la période de couverture de ce risque, de l'assureur verse (**sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 de la Notice**), à la date de reconnaissance par l'assureur de cet état, par anticipation, à l'organisme prêteur à concurrence des sommes dues, le capital prévu en cas de décès. Le solde éventuel est versé à l'assuré lui-même. Le paiement par anticipation du capital décès met fin à l'adhésion.

II-3 Les garanties optionnelles

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Décès et par les personnes physiques ayant une activité professionnelle rémunérée au jour de l'adhésion.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de l'assuré, telle que décrite à l'article 9 de la Notice, pendant la période de couverture de ce risque, et à l'expiration du délai de franchise de **90 jours**, l'assureur verse (**sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 de la Notice**) à l'organisme prêteur, le montant de l'échéance du prêt dans la limite du montant garanti. Cette prestation est versée mensuellement, à terme échu, au prorata de la durée d'Incapacité Temporaire Totale et ce au plus tard jusqu'au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail dans la limite de 300 € par jour d'indemnisation par assuré. Par ailleurs, le versement de la prestation s'interrompt :

- dès que l'assuré peut reprendre son activité professionnelle, même partiellement,
- à la date fixée au certificat d'adhésion
- et au plus tard à la date de cessation des garanties telle que définie à l'article 3.7 de la Notice.

Cette Incapacité Temporaire Totale doit être constatée médicalement et être d'une durée supérieure au délai de franchise.

Le délai de franchise est déterminé à compter de la date de déclaration de l'Incapacité Temporaire Totale ou, si cette date est antérieure à la date de déblocage des fonds, à la date réelle de déblocage des fonds.

Rechute après reprise de travail.

En cas de rechute survenant **moins de deux mois** après la reprise du travail, l'indemnisation reprend au premier jour du nouvel arrêt, à la condition que celui-ci soit lié au même motif que le précédent. Pour un même accident ou une même maladie, le nombre de jours de travail pris en compte ne saurait excéder **1095 jours** en un seul ou plusieurs arrêts. En aucun cas, la prestation versée par l'assureur au titre de cette garantie ne peut se cumuler aux prestations versées au titre des garanties Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Permanente Totale/Invalidité Professionnelle ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

En cas de rechute survenant **plus de deux mois** après la reprise du travail, ou en cas de rechute moins de deux mois après la reprise du travail mais pour un motif différent, la franchise sera à nouveau appliquée.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux personnes sans activité professionnelle au moment du sinistre (voir article 9 de la Notice).

Reprise partielle du travail après 6 mois continus d'Incapacité Temporaire Totale de travail.

L'assuré, admis à reprendre une activité professionnelle partielle après 6 mois continus d'Incapacité Temporaire Totale de travail, recevra une indemnité journalière égale à 50% de l'indemnité garantie. Cette indemnité est versée (**sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 de la Notice**), pour un même événement accidentel ou une même maladie, au maximum pendant 6 mois et sous réserve que l'état de santé de l'assuré ne permette pas une reprise d'activité à temps plein.

En aucun cas, la prestation versée par l'assureur au titre de cette garantie ne peut se cumuler aux prestations versées au titre des garanties Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Permanente Partielle à 16%, Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Professionnelle.

INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Décès et de la garantie Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Professionnelle et par les personnes ayant une activité professionnelle rémunérée au jour de l'adhésion.

Sera considéré en état d'Invalidité Permanente Partielle (IPP) l'assuré en activité professionnelle ou à la recherche active d'un emploi, dès que la preuve d'une

diminution de capacité physique ou mentale ayant acquis un caractère stable et présumé définitif est apportée. La garantie Invalidité Permanente Partielle intervient au terme de **1095 jours** d'incapacité. Elle entre également en jeu dès que la preuve de l'état d'invalidité permanente est apportée.

Si l'assuré est atteint d'une Invalidité Permanente Partielle d'un taux supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%, l'assureur verse (**sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 de la Notice**) à l'organisme prêteur, **50%** du montant de l'échéance du prêt dans la limite du montant garanti. Cette prestation est versée mensuellement, à terme échu, au prorata de la durée d'Invalidité Permanente Partielle, dans la limite de 150 euros par jour d'indemnisation par assuré. **Le taux d'invalidité est évalué par voie d'expertise médicale.**

Le versement de la prestation s'interrompt à la date fixée au certificat d'adhésion, en cas de reprise même partielle de l'activité professionnelle et au plus tard :

- au départ à la retraite ou préretraite de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, ou
- à ses 67 ans.
- et au plus tard à la date de cessation des garanties telle que définie à l'article 3.7 de la Notice.

Pour l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au moment du sinistre, l'invalidité est appréciée en fonction de la seule incapacité fonctionnelle et notamment de l'incidence de cette incapacité (telle que définie à l'article 4.2.2 de la Notice) sur l'exercice des occupations habituelles et non professionnelles de l'assuré. **Le taux d'invalidité est évalué par voie d'expertise médicale.**

En aucun cas, la prestation versée par l'assureur au titre de cette garantie ne peut se cumuler aux prestations versées au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale / Invalidité Professionnelle ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Si l'assuré, qui bénéficie d'une prise en charge au titre de la garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP), voit son taux d'invalidité permanente partielle évoluer à plus de 66%, la garantie IPP cesse et l'assureur indemnise le sinistre au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale (IPT) ou de la garantie Invalidité Professionnelle (IP).

OPTION INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE A PARTIR DE 16%

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP), en cours de paiement de cotisations. Elle est réservée exclusivement aux personnes exerçant une profession médicale à titre libéral ou aux professions libérales réglementées (cf. article 9 de la Notice).

Lorsque cette option est souscrite, l'invalidité permanente partielle est prise en charge dès 16 %, (**sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 de la Notice**).

Sera considéré en état d'Invalidité Permanente Partielle (IPP), l'assuré en activité professionnelle ou à la recherche active d'un emploi, et qui peut apporter la preuve d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales ayant acquis un caractère stable et présumé définitif. L'invalidité permanente est partielle lorsque le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 16% et inférieur à 33%.

Sera également considéré en IPP l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle, au moment du sinistre mais se trouvant atteint d'une IPP dont le taux est supérieur ou égal à 16% et inférieur à 33%. **Le taux d'invalidité sera déterminé dans les mêmes conditions que pour l'IPP et par voie d'expertise médicale.**

Les conditions suivantes sont alors appliquées :

- si le taux d'invalidité permanente est inférieur à 16 %, la garantie ne s'exerce pas et l'assuré ne perçoit pas de prestations au titre de cette garantie.
- si le taux d'invalidité permanente est supérieur ou égal à 16 % et inférieur à 33%, pendant la période de couverture de ce risque, l'assureur verse à l'organisme prêteur, **25%** du montant de l'échéance du prêt dans la limite du montant garanti.
 - Cette prestation est versée mensuellement, à terme échu, au prorata de la durée d'Invalidité Permanente Partielle, dans la limite de 75 € par jour d'indemnisation par assuré. Le versement de la prestation s'interrompt à la date fixée au certificat d'adhésion, en cas de reprise même partielle de l'activité professionnelle et au plus tard à la date de cessation des garanties telle que définie à l'article 3.7 de la présente Notice.

Dispositions applicables aux garanties IPP et IPP à 16%.

En aucun cas, la prestation versée par l'assureur au titre de l'une de ces garanties ne peut se cumuler aux prestations versées au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Professionnelle.

Si l'assuré, qui bénéficie d'une prise en charge au titre de la garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP), voit son taux d'invalidité permanente partielle évoluer à un taux supérieur ou égal à 66%, la garantie IPP cesse et l'assureur indemnise le sinistre au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale (IPT) ou de la garantie Invalidité Professionnelle (IP) (cf. art. 4.2.3 et 4.2.4 de la Notice).

INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (IPT)

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Décès et par les personnes physiques ayant une activité professionnelle rémunérée au jour de l'adhésion.

Lorsque cette garantie est souscrite, elle remplace la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Sera considéré en état d'Invalidité Permanente Totale (IPT), telle que décrite à l'article 9 de la Notice, l'assuré en activité professionnelle ou à la recherche d'emploi, s'il apporte la preuve qu'il se trouve, par suite de maladie ou d'accident, dans un état physique ou mental le mettant dans l'impossibilité totale, permanente et présumée définitive de se livrer à un travail ou à une occupation quelconque, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer gain ou profit. Cette invalidité est couverte à partir d'un taux d'invalidité de 66%.

Dans cette circonstance et si cette invalidité survient pendant la période de couverture de ce risque, le capital garanti est versé (**sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 de la Notice**) à l'organisme prêteur. **Le taux d'invalidité est évalué par voie d'expertise médicale.**

Le règlement intervient sur la base du capital restant du au titre du prêt dans la limite du montant des capitaux assurés au moment de la reconnaissance par l'assureur de l'Invalidité Permanente Totale. Ce paiement met fin à l'adhésion.

Sera également considéré en I.P.T. l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle, au moment du sinistre mais se trouvant dans l'inaptitude totale et présumée définitive de se livrer à une occupation quelconque. Cette invalidité est couverte à partir d'un taux d'invalidité de 66%. **Le taux d'invalidité est évalué par voie d'expertise médicale.**

En aucun cas, la prestation versée par l'assureur au titre de cette garantie ne peut se cumuler aux prestations versées au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Permanente Partielle à 16% ou Invalidité Professionnelle.

INVALIDITE PROFESSIONNELLE (IP)

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Décès. Elle s'adresse exclusivement aux personnes exerçant une profession médicale, paramédicale ou libérale réglementée (cf. article 9 de la Notice).

Lorsque cette garantie est souscrite, elle remplace la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Si le client opte pour la garantie Invalidité Professionnelle, la garantie Invalidité Permanente Totale ne peut pas être souscrite.

Le capital garanti est versé (**sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 de la présente Notice**), à concurrence des sommes dues, à l'organisme prêteur si, pendant la couverture de ce risque, l'assuré apporte la preuve qu'il se trouve, par suite de maladie ou d'accident, atteint d'un taux d'incapacité professionnelle supérieur ou égal à 66% entraînant l'incapacité absolue et définitive d'exercer sa profession. Il n'est pas tenu compte de la capacité restante à exercer une autre profession ni des possibilités éventuelles de reclassement professionnel.

L'invalidité est évaluée par voie d'expertise médicale. Le règlement intervient sur la base du capital restant du au titre du prêt dans la limite du montant des capitaux assurés au moment de la reconnaissance par l'assureur de l'invalidité professionnelle. Ce paiement met fin à l'adhésion. L'assureur se réserve le droit de soumettre l'assuré aux contrôles ou expertises prévus à l'article 6.5 de la Notice.

En aucun cas, la prestation versée par l'assureur au titre de cette garantie ne peut se cumuler aux prestations versées au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Partielle et Invalidité Permanente Partielle à 16%.

EXONERATION DU PAIEMENT DE LA COTISATION D'ASSURANCE

Cette option est réservée aux adhérents personnes physiques.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) :

Si l'assuré se trouve dans l'incapacité totale d'exercer sa profession ou de se livrer à ses occupations habituelles (cf. article 9 de la Notice), pendant la couverture de ce risque, les cotisations d'assurance sont prises en charge par l'assureur (**sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 de la Notice**) à compter du 91^{ème} jour d'incapacité totale. La prise en charge se poursuit au plus tard jusqu'au 1095^{ème} jour d'Incapacité Temporaire Totale, si l'assuré reste en incapacité totale pendant toute cette période. Elle s'interrompt dès que l'assuré peut reprendre, même partiellement, son activité professionnelle ou ses activités habituelles et au plus tard à la date de cessation des garanties telle que définie à l'article 3.7. de la Notice.

En cas de rechute survenant moins de deux mois après la reprise du travail :

L'exonération du paiement des cotisations reprend au premier jour du nouvel

arrêt, à la condition que celui-ci soit lié au même motif que le précédent. Pour un même accident ou une même maladie, le nombre de jours de travail pris en compte ne saurait excéder **1095 jours** en un seul ou plusieurs arrêts.

En cas de rechute survenant plus de deux mois après la reprise du travail ou en cas de rechute moins de deux mois après la reprise du travail mais pour un motif différent, l'exonération jouera après application d'un nouveau délai de franchise. Ces dispositions ne s'appliquent pas aux personnes sans activité professionnelle au moment du sinistre (cf. article 9 de la Notice).

En cas d'Invalidité Permanente Partielle (IPP):

La prise en charge des cotisations au titre de cette garantie intervient au terme du 1095^{ème} jour d'incapacité, mais aussi dès que la preuve de l'état d'invalidité permanente partielle, pendant la couverture de ce risque, pour un taux supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66% est apportée. L'assureur exonère (**sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 de la Notice**) l'adhérent du paiement de la cotisation d'assurance à hauteur de **50%**.

Si l'option Invalidité Permanente Partielle (IPP) à partir de 16% (cf. article 4.2.2.1 de la Notice) a été souscrite, la prise en charge des cotisations au titre de cette garantie intervient au terme du 1095^{ème} jour d'incapacité, mais aussi dès que la preuve de l'état d'invalidité permanente partielle, pendant la couverture de ce risque, pour un taux supérieur ou égal à 16% et inférieur à 33%, est apportée. L'assureur exonère (**sous réserve des exclusions et dispositions spéciales visées à l'article 7 de la Notice**) l'adhérent du paiement de la cotisation d'assurance à hauteur de **25%**.

Si l'option Sérénité (cf. article 4.3 de la Notice) a été souscrite, la prise en charge des cotisations s'effectue, par dérogation aux dispositions de l'article 7.5 de la Notice, dans les mêmes conditions d'indemnisation que celles applicables aux garanties ITT, IPP et IP.

ENVELOPPE D'ASSURABILITE

Cette garantie optionnelle est réservée à la couverture d'Emprunts Professionnels.

Elle ne peut être souscrite qu'au moment de l'adhésion moyennant le paiement d'une cotisation unique. L'option "Enveloppe d'Assurabilité" permet à l'adhérent d'augmenter le montant des garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sans nouvelles formalités médicales sous réserve de pouvoir attester d'un état de santé inchangé depuis l'adhésion :

- dans la limite de 30% du montant du capital souscrit à l'origine avec un plafond de 750 000 euros,
- au cours des 5 premières années à compter de la prise d'effet de l'adhésion,
- en une seule ou en plusieurs fois,
- sous présentation d'un rapport financier justifiant du besoin économique de la demande d'augmentation des garanties et du tableau d'amortissement du nouveau prêt à garantir.

Les prêts issus de l'utilisation de l'Enveloppe d'Assurabilité devront s'éteindre avant le 70^{ème} anniversaire de l'assuré. De plus, la cotisation Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie y afférent est fonction du montant du capital supplémentaire demandé, de l'âge atteint par l'assuré et du tarif en vigueur lors de la demande d'augmentation des garanties. Si une demande d'augmentation de garanties entraîne un dépassement du plafond de 30% du capital initial souscrit (avec un plafond de 750 000 euros) pour la couverture d'Emprunts Professionnels, le surplus de garanties sera soumis aux dispositions applicables à une nouvelle adhésion, selon la présente Notice et la Note d'Information du contrat AVIVA EMPRUNTEUR en vigueur à cette date, et subordonné à des formalités médicales ainsi qu'à une nouvelle acceptation de l'assureur.

OPTION « SERENITE »

L'option « Sérénité » a pour objet de limiter les dispositions spéciales appliquées en cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité.

Cette option ne peut être souscrite que par les adhérents personnes physiques résidant en France Métropolitaine ou en Principauté de Monaco et exerçant une activité professionnelle. Elle n'est accessible qu'au moment de l'adhésion au contrat Aviva Emprunteur.

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

L'option « Sérénité » permet la prise en charge, aux conditions prévues aux articles 4.2.1 à 4.2.4 de la Notice, sans condition d'hospitalisation, par dérogation à l'article 7.5 de la Notice, de toute incapacité ou invalidité résultant :

- d'affections disco-vertébrales (cervicalgies, cruralgies, dorsalgies, lombalgies, sciatiques, hernies discales), quelle qu'en soit la cause, ainsi que les traumatismes vertébraux ayant entraîné une fracture vertébrale ou une lésion de la moelle épinière,
- de maladies psychiques (dépressions nerveuses, schizophrénie, troubles mentaux organiques, troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles de la personnalité et du comportement, troubles de l'alimentation, aliénation mentale, fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique), quelle qu'en soit l'origine, **sauf stipulation contraire figurant au certificat d'adhésion.**

EXCLUSIONS ET DISPOSITIONS SPECIALES

EXCLUSIONS

A. 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'État français pourrait se trouver impliqué, indépendamment de toute déclaration de guerre, notamment dans le cadre des interventions consécutives aux résolutions de l'ONU ;
- les conséquences résultant d'actes de terrorisme ou d'attentats dans lesquels l'assuré a pris une part active.

B. 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 remise en vigueur de l'adhésion. Après cette première année, le suicide est assuré normalement. Toutefois, le suicide de l'assuré sera pris en charge dès l'adhésion si le prêt couvert est destiné à financer l'acquisition de la résidence principale de l'assuré, et dans la limite du montant mentionné au Décret visé par l'article L 132-7 du Code des Assurances (soit 120 000 euros au 1^{er} janvier 2012).
- la garantie décès cesse d'avoir effet à l'égard du bénéficiaire qui a été condamné pour avoir volontairement donné la mort à l'assuré.

C. Risques exclus en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité :

- les conséquences des tentatives de suicide ou de mutilation volontaire ;
- les conséquences d'accidents survenant alors que l'assuré conduisait en état d'ivresse (taux d'alcoolémie égal ou supérieur à la réglementation en vigueur au jour de l'accident), quel que soit le moyen de transport ;
- les conséquences de l'usage ou d'accidents survenant lorsque l'assuré est sous l'effet de toxiques ou de stupéfiants ou produits analogues non prescrits médicalement ou utilisés sans respect des directives du médecin ;
- 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 garanties restent acquises aux assurés militaires quidans le cadre de leur activité professionnelle sont affectés dans une unité ou dans un service dont l'activité normale et habituelle est de mettre en œuvre des armements nucléaires ou d'utiliser des sources d'énergie nucléaire, sous réserve que l'assureur ait été préalablement informé du risque lié à l'activité professionnelle au moment de l'adhésion ;

- les conséquences de la pratique de sports réalisés à titre professionnel ;
- les disciplines équestres suivantes : chasse à courre, concours complet, course attelée, endurance, endurance en attelage, hunter, polo, poursuite par équipe, saut d'obstacles (à l'exception des assurés exerçant une activité professionnelle agricole hippique).

Les conséquences de la pratique, même occasionnelle (à l'exception des baptêmes), de sports, activités ou loisirs suivants, réalisées à titre amateur sauf si l'assuré a déclaré la pratique dudit sport lors de son adhésion et que l'éventuelle proposition tarifaire émanant de l'assureur a été acceptée par l'assuré, ou que la demande n'ait pas été rejetée par l'assureur :

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

D. Risques exclus en cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité

Les événements suivants ne sont pas couverts :

- les conséquences de l'état de grossesse et de ses suites pendant les 6 semaines précédant l'accouchement et les 10 semaines lui succédant, la garantie étant acquise en dehors de la période ainsi définie, mais seulement en cas de complications pathologiques. Sont également exclus de la garantie les arrêts de travail pour traitement de la stérilité ainsi que les grossesses qui en résultent ;
- les arrêts de travail en rapport avec des interventions de chirurgie esthétique, lorsque celles-ci ne sont pas motivées par des séquelles d'accident.

DISPOSITIONS SPECIALES

En outre, en cas d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité uniquement, les dispositions suivantes s'appliquent :

A. Modalités d'indemnisation des affections disco-vertébrales en cas d'Incapacité de Temporaire Totale ou d'Invalidité (uniquement si l'option « Sérénité » n'a pas été souscrite) :

Les affections disco-vertébrales (cervicalgies, cruralgies, dorsalgies, lombalgies, sciatiques, hernies discales), quelle qu'en soit la cause, ainsi que les traumatismes vertébraux ayant entraîné une fracture vertébrale ou une lésion de la moelle épinière, ne sont pas indemnisées sauf si elles donnent lieu à une hospitalisation continue de plus de **7 jours**. La franchise est décomptée à partir du 1^{er} jour d'hospitalisation.

B. Modalités d'indemnisation des maladies psychiques en cas d'Incapacité de Temporaire Totale ou d'Invalidité (uniquement si l'option « Sérénité » n'a pas été souscrite) :

Les maladies psychiques (dépressions nerveuses, schizophrénie, troubles mentaux organiques, troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles de la personnalité et du comportement, troubles de l'alimentation, aliénation mentale, fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique), quelle qu'en soit l'origine, ne sont pas indemnisées sauf si elles donnent lieu à une hospitalisation continue de plus de **30 jours** en établissement spécialisé. La franchise est décomptée à partir du 1^{er} jour d'hospitalisation.

C. Sports équestres couverts :

Sont couvertes, les disciplines équestres suivantes, sous réserve de leur déclaration à l'adhésion par l'assuré : dressage, manège, épreuve de fond, gymkhana, épreuve de poney club, balade/promenade, concours de modèles et allures, voltige, trek, équifun, pentathlon moderne, attelage (sans épreuve d'endurance), ski-joëring, horse-ball, yoseikan-bajutsu.

MONTANTS MINIMUM ET MAXIMUM ASSURES

Type de garantie	Montant Minimum assuré	Montant Maximum assuré
GARANTIES DE BASE		
Décès - PTIA	15 000 €	7 500 000 €
GARANTIES OPTIONNELLES		
Incapacité Temporaire Totale (ITT)	15 € par jour	300 € par jour
Invalidité Permanente Partielle (IPP)	15 € par jour	150 € par jour
Invalidité Permanente Partielle à 16% (IPP 16%)	15 € par jour	75 € par jour
Invalidité Permanente Totale (IPT)	15 000 €	2 500 000 €
Invalidité Professionnelle (IP)	15 000 €	2 500 000 €
Exonération du paiement des cotisations (EXO)	Le montant de la prise en charge est en fonction de la cotisation	

> III- DURÉE DU CONTRAT

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an suivant la date d'effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction, et ce pendant toute la durée du prêt spécifiée sur le certificat d'adhésion, sauf si l'adhérent manifeste sa volonté d'y mettre fin, sous réserve d'obtenir l'accord de l'établissement prêteur.

L'adhésion prend fin automatiquement à la date de remboursement total du prêt et, au plus tard, à l'échéance du prêt spécifiée sur le certificat d'adhésion ou l'avenant éventuel.

> IV- MODALITÉS DE VERSEMENT DES COTISATIONS

La périodicité du règlement de vos cotisations est indiquée sur le certificat d'adhésion. Vous pouvez payer ces cotisations par année, par semestre, par trimestre, ou par mois à votre convenance. Le prélèvement automatique est obligatoire.

Il est possible de changer la périodicité des cotisations sur simple demande en respectant les minima en vigueur.

Si une cotisation n'a pas été payée à l'expiration d'un délai de **10 jours** après la date d'échéance ou la demande de prélèvement, il vous sera adressé un pli recommandé vous avertissant de cette situation et de ses conséquences pour la continuité des garanties. Si la cotisation n'est toujours pas réglée dans un délai de **40 jours** après l'envoi de ce pli recommandé, les garanties sont résiliées (par application de l'Article L 141.3 du Code des Assurances).

> V - DÉLAI ET MODALITÉS DE RENONCIATION À L'ADHÉSION

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant **30 jours** calendaires révolus à compter du moment où il est informé que son contrat est conclu.

La date de conclusion du contrat est :

• Soit la date à laquelle l'assuré signe le certificat d'adhésion et le retourne signé à l'assureur si l'adhésion est acceptée aux conditions

normales (sans surprime, ni exclusion particulière).

• Soit la date à laquelle l'assuré accepte en les retournant signées, les conditions d'acceptation particulières notifiées par l'assureur en cas de surprime(s) et/ou d'exclusion(s) particulière(s).

Ce délai de renonciation expire le dernier jour à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception envoyée à l'adresse postale de l'assureur, rédigée comme suit : "Je soussigné....., déclare renoncer à mon adhésion au contrat AVIVA EMPRUNTEUR N°..... et demande à recevoir le remboursement total des sommes versées dans un délai maximum de **30 jours** à compter de la réception de la présente lettre".

(Date).....(Signature).....

A compter de l'envoi de cette lettre, l'adhésion prend fin.

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

> VI- FORMALITÉS À REMPLIR EN CAS DE SINISTRE

Déclarations et délais de forclusion

Pour obtenir le versement des prestations, ou la prise en charge des cotisations en cas d'Incapacité Temporaire Totale, la déclaration de l'incapacité doit être faite à l'adresse postale de l'assureur (70 avenue de l'Europe – 92273 Bois Colombes Cedex) avant l'expiration de la période de franchise de **90 jours** prévue pour cette garantie.

En ce qui concerne les garanties en cas d'invalidité ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, il appartient à l'assuré, ou à ses ayants droit, de faire parvenir, à l'adresse postale de l'assureur (70 avenue de l'Europe – 92273 Bois Colombes Cedex), une déclaration dans les deux mois qui suivent la consolidation de cet état.

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 prestation pour la période précédant la date de réception des justificatifs.

Pièces à fournir pour obtenir le règlement des prestations :

En cas de décès de l'assuré, le règlement du capital 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 ;
- les pièces justificatives précisant le montant restant dû à l'organisme prêteur à la date du décès ;
- tout document établissant si possible les causes exactes du décès ;
- le cas échéant, l'attestation fiscale ad hoc ;
- tous formulaires fournis par l'assureur et tous documents complémentaires qui pourraient être nécessaires pour la gestion des sinistres.

• tout autre justificatif que l'évolution de la réglementation justifierait.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie affectant l'assuré, les pièces suivantes devront être transmises dans les 2 mois suivant la consolidation de l'état d'invalidité :

- s'il s'agit d'un assuré relevant du Régime Général ou du Régime Agricole de la Sécurité Sociale en tant que salarié, 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 d'un des régimes précités, toutes pièces médicales et tous 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 ;
- les pièces justificatives précisant le montant restant dû à l'organisme prêteur à la date de reconnaissance par l'assureur de l'état de PTIA ;
- tous formulaires fournis par l'assureur et tous documents complémentaires qui pourraient être nécessaires pour la gestion des sinistres.

• tout autre justificatif que l'évolution de la réglementation justifierait.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'invalidité, l'assuré doit fournir :

- un certificat médical de son médecin traitant précisant le motif et la durée de son arrêt de travail ou de son invalidité fonctionnelle ;
- les bordereaux de paiement en espèces émanant de l'organisme de régime obligatoire ou facultatif auquel il est affilié ;
- tous documents médicaux et administratifs pouvant attester d'une cessation temporaire ou définitive d'activité ;
- le dernier tableau d'amortissement du ou des prêt(s) en cours au jour de la constatation de l'incapacité ou de la consolidation de l'invalidité ;
- un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) de l'organisme bénéficiaire du versement des prestations ;
- tous formulaires fournis par l'assureur et tout document complémentaire qui pourrait être nécessaire pour la gestion des sinistres.

- tout autre justificatif que l'évolution de la réglementation justifierait. Les prolongations sont admises pour une durée d'un mois au maximum.

> VII - NOM ET ADRESSE DU SOUSCRIPTEUR, FORMALITÉS DE RÉSILIATION

AVIVA EMPRUNTEUR est un contrat collectif d'assurance sur la vie à adhésion facultative, identifié sous le n° 2.603.486, souscrit auprès d'AVIVA VIE (siège social : 70 avenue de l'Europe - 92273 Bois-Colombes cedex) par l'ADER (Association pour le Développement de l'Épargne pour la Retraite), 24/26 rue de la pépinière - 75008 Paris. En cas de résiliation ou de non reconduction du contrat par l'assureur ou l'ADER, aucune adhésion nouvelle ne pourra être acceptée, et l'assureur s'engage à maintenir les adhésions en vigueur selon les dispositions prévues. L'assureur s'engage également en cas de résiliation, à maintenir les prestations en cours de service et ce jusqu'à leur terme contractuel. La résiliation est notifiée par lettre recommandée. Cette lettre doit être envoyée à l'adhérent au moins 3 mois avant la date de renouvellement.

> VIII - INDICATIONS GÉNÉRALES LIÉES AU RÉGIME FISCAL

Pour toutes les personnes fiscalement domiciliées en France, les règlements

effectués au titre du contrat AVIVA EMPRUNTEUR sont soumis au régime fiscal français de l'assurance.

> IX - PROCÉDURE D'EXAMEN DES LITIGES

Les réclamations relatives à l'adhésion, à l'exécution ou au dénouement de l'adhésion sont à adresser au siège social de l'assureur, à la Direction des Opérations et des Relations Clients – 70 avenue de l'Europe – 92273 Bois Colombes Cedex.

En cas de réponse non satisfaisante de l'assureur à une réclamation de l'une des parties prenantes à l'adhésion ou de l'un des bénéficiaires, celui-ci a la faculté de faire appel au médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurance. Ses coordonnées sont communiquées par l'assureur sur simple demande.

> X - PARTICIPATION AUX BÉNÉFICES TECHNIQUES ET FINANCIERS

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



Aviva Vie
Siège social : 70 avenue de l'Europe
92273 Bois-Colombes Cedex
Société Anonyme d'Assurance Vie et de Capitalisation
Entreprise régie par le Code des assurances
Capital social de 655 481 225,46 euros
732 020 805 RCS NANTERRE

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



Aviva Vie

Siège social : 70 avenue de l'Europe
92273 Bois-Colombes Cedex
Société Anonyme d'Assurance Vie et de Capitalisation
Entreprise régie par le Code des assurances
Capital social de 655 481 225,46 euros
732 020 805 RCS NANTERRE

ADER

24-26 rue de la Pépinière - 75008 Paris
Association pour le Développement
de l'Épargne pour la Retraite
Association sans but lucratif régie par la Loi du 1er juillet 1901