VERSION AVRIL 2019

Aviva
Senséo Prévoyance Médical

PRÉVOYANCE INDIVIDUELLE

Notice valant Note d'Information

| Assurance | Protection | Epargne |

AVIVA

Sommaire

Notice valant Note d'Information ..... 1 à 21

ARTICLE 1 PRÉAMBULE SUR LES CONTRATS SOUSCRITS PAR L'ASSOCIATION ADER AUPRÈS DE L'ASSUREUR AVIVA VIE 1

- 1-1. NATURE DES CONTRATS
- 1-2. PRISE D'EFFET, DURÉE ET RÉSILIATION DES CONTRATS PAR L'ASSOCIATION OU L'ASSUREUR
- 1-3. MODIFICATION DES CONTRATS

ARTICLE 2 OBJET DES CONTRATS AVIVA SENSÉO PRÉVOYANCE MÉDICAL ET AVIVA SENSÉO PRÉVOYANCE MÉDICAL "LOI MADELIN" 1

- 2-1. OBJET
- 2-2. LES GARANTIES DE PRÉVOYANCE

2-2-1 Les garanties de base
2-2-1 a/ Les 4 garanties de base en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)
2-2-1 b/ La garantie de base en cas d'invalidité permanente totale
2-2-2 Les garanties optionnelles
2-2-2 a/ Les garanties optionnelles en complément de la (ou des) garantie(s) de base en cas de Décès ou PTIA
2-2-2 b/ Les garanties optionnelles en complément de la garantie de base "Capital Invalidité Totale"

ARTICLE 3 LEXIQUE 2

ARTICLE 4 FONCTIONNEMENT DE L'ADHÉSION 3

- 4-1. CONDITIONS D'ADHÉSION
- 4-2. FORMALITÉS D'ADHÉSION
- 4-3. ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES
- 4-4. DURÉE DE L'ADHÉSION
- 4-5. COUVERTURE PROVISOIRE EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL
- 4-6. DÉLAIS D'ATTENTE
- 4-7. ETATS ANTÉRIEURS
- 4-8. ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES
- 4-9. LES MONTANTS MINIMUM ET MAXIMUM ASSURÉS

ARTICLE 5 VIE DE L'ADHÉSION 5

- 5-1. AUGMENTATION DES GARANTIES EN COURS D'ADHÉSION
- 5-2. AJOUT D'UNE NOUVELLE GARANTIE OU OPTION
- 5-3. ACTUALISATION DES GARANTIES
- 5-4. REVALORISATION DES PRESTATIONS
- 5-5. RÈGLEMENT DES COTISATIONS
- 5-6. MODIFICATION DU TARIF

ARTICLE 6 OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ EN CAS DE MODIFICATION DU RISQUE 6

ARTICLE 7 CESSATION DES GARANTIES 6

- 7-1. RÈGLEMENT D'UNE PRESTATION EN CAS DE DÉCÈS
- 7-2. RÈGLEMENT D'UNE PRESTATION EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)
- 7-3. RÈGLEMENT DU « CAPITAL INVALIDITÉ TOTALE » EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE
- 7-4. CONDITIONS D'ÂGE À L'ADHÉSION ET CESSATION DES GARANTIES
- 7-5. NON PAIEMENT DES COTISATIONS
- 7-6. A LA DEMANDE DE L'ADHÉRENT
- 7-7. A L'INITIATIVE DE L'ASSUREUR

ARTICLE 8 DESCRIPTION DES GARANTIES 7

Les garanties de base

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

- 8-1. LA GARANTIE DE BASE « CAPITAL DÉCÈS »
- 8-2. LA GARANTIE DE BASE « RENTE VIAGÈRE »
- 8-3. LA GARANTIE DE BASE « RENTE DE CONJOINT »
- 8-4. LA GARANTIE DE BASE « RENTE EDUCATION »

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

- 8-5. LA GARANTIE DE BASE « CAPITAL INVALIDITÉ TOTALE »

Les garanties optionnelles

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

- 8-6. LA GARANTIE OPTIONNELLE « CAPITAL SUPPLÉMENTAIRE EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL »
- 8-7. LA GARANTIE OPTIONNELLE « RENTE VIAGÈRE SUPPLÉMENTAIRE EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL »

b/ Garanties optionnelles en cas d'incapacité temporaire totale de travail et d'invalidité permanente

- 8-8. LA GARANTIE OPTIONNELLE « INDEMNITÉS JOURNALIÈRES COURTES »
- 8-9. LA GARANTIE OPTIONNELLE « INDEMNITÉS JOURNALIÈRES LONGUES »
- 8-10. LA GARANTIE OPTIONNELLE « INDEMNITÉS JOURNALIÈRES HOSPITALIERS »
- 8-11. LA GARANTIE OPTIONNELLE « INDEMNITÉS JOURNALIÈRES GARDES ET ASTREINTES »
- 8-12. LA GARANTIE OPTIONNELLE « INDEMNITÉS JOURNALIÈRES RELAIS PROFESSIONNEL »
- 8-13. LA GARANTIE OPTIONNELLE « CAPITAL PERTE DE PATIENTÈLE »
- 8-14. LA GARANTIE « ALLOCATION ENFANT HOSPITALISÉ »
- 8-15. LA GARANTIE OPTIONNELLE « RENTE D'INVALIDITÉ »
- 8-16. LA GARANTIE OPTIONNELLE « CAPITAL CONFORT INVALIDITÉ »
- 8-17. LA GARANTIE OPTIONNELLE « INDEMNITÉS DE REMBOURSEMENT DES FRAIS PROFESSIONNELS »
- 8-18. LA GARANTIE OPTIONNELLE « ALLOCATION HOSPITALISATION »
- 8-19. LA GARANTIE OPTIONNELLE « EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS »

ARTICLE 9 EXCLUSIONS ET DISPOSITIONS SPÉCIALES **18**

- 9-1. RISQUES EXCLUS POUR L'ENSEMBLE DES GARANTIES
- 9-2. RISQUES EXCLUS EN CAS DE DÉCÈS PAR MALADIE OU PAR ACCIDENT
- 9-3. RISQUES EXCLUS POUR L'ENSEMBLE DES GARANTIES OPTIONNELLES ET EN CAS DE PTIA
- 9-4. RISQUES EXCLUS POUR LES GARANTIES « INDEMNITÉS JOURNALIÈRES », « INDEMNITÉS DE REMBOURSEMENT DES FRAIS PROFESSIONNELS », « ALLOCATION HOSPITALISATION », « EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS »
- 9-5. DISPOSITIONS SPÉCIALES : MODALITÉS D'INDEMNISATION EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL ET D'INVALIDITÉ PERMANENTE RÉSULTANT DE PATHOLOGIES DISCO-VERTÉBRALES
- 9-6. DISPOSITIONS SPÉCIALES : MODALITÉS D'INDEMNISATION EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL RÉSULTANT D'UN DON D'ORGANE OU DE MOELLE OSSEUSE
- 9-7. ACTIVITÉS SPORTIVES À RISQUES

ARTICLE 10 LES PRESTATIONS **19**

- 10-1. DÉCLARATIONS ET DÉLAIS DE FORCLUSION
- 10-2. PIÈCES À FOURNIR POUR OBTENIR LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ
- 10-3. PIÈCES À FOURNIR POUR OBTENIR LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE DE L'ASSURÉ
- 10-4. PIÈCES À FOURNIR POUR OBTENIR LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS OU DE PTIA DE L'ASSURÉ PAR ACCIDENT
- 10-5. PIÈCES À FOURNIR POUR OBTENIR LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS LIÉES À L'INVALIDITÉ PERMANENTE ET À L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL DE L'ASSURÉ
- 10-6 PIÈCES À FOURNIR POUR OBTENIR LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS LIÉES À LA GARANTIE « ALLOCATION ENFANT HOSPITALISÉ »
- 10-7. PIÈCES À FOURNIR POUR OBTENIR LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS LIÉES À LA GARANTIE « ALLOCATION HOSPITALISATION »
- 10-8. CONTRÔLE - EXPERTISE

ARTICLE 11 LES DROITS QUI PROTÈGENT L'ASSURÉ **20**

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

Annexe 1 à la Notice valant Note d'Information **22**

Convention d'assistance ..... **23 à 25**

ANNEXE n° 1002 - 0211 – A84

Aviva Senséo Prévoyance Médical

Notice valant Note d'Information

Article 1 PRÉAMBULE SUR LES CONTRATS SOUSCRITS PAR L'ASSOCIATION ADER AUPRÈS DE L'ASSUREUR AVIVA VIE

1-1. NATURE DES CONTRATS

Aviva Senséo Prévoyance Médical et Aviva Senséo Prévoyance Médical « Loi Madelin » sont deux contrats collectifs d'assurance à adhésion facultative permettant au candidat à l'assurance de se couvrir au titre des garanties de base soit en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (garantie vie) soit en cas d'invalidité permanente totale (garantie non vie). Ces contrats sont régis par le Code des assurances : branches 20 (vie - décès), 1 (accident) et 2 (maladie) définies à l'article R 321-1 du Code des assurances.

Les contrats sont souscrits auprès d'Aviva Vie (Siège social : 70, avenue de l'Europe - 92270 Bois-Colombes), ci-après dénommé l'assureur, par l'ADER (Association pour le Développement de l'Epargne pour la Retraite) - 24-26 rue de la Pépinière - 75008 Paris. Cette association, régie par la Loi du 1er juillet 1901, a pour objet d'étudier et de mettre en oeuvre tous les moyens propres à la réalisation et à la gestion de tout régime de retraite et de prévoyance au profit de ses adhérents. Différentes informations concernant l'association sont disponibles sur le site www.aviva.fr, notamment ses statuts, et la composition de son conseil d'administration.

1-2. PRISE D'EFFET, DURÉE ET RÉSILIATION DES CONTRATS PAR L'ASSOCIATION OU L'ASSUREUR

Les contrats Aviva Senséo Prévoyance Médical et Aviva Senséo Prévoyance Médical « Loi Madelin », identifiés respectivement sous les numéros 2 603 534 et 2 603 535, ont été souscrits à effet du 01/04/2016, pour une période se terminant le 31/12/2016.

Ils se renouvellent ensuite annuellement par tacite reconduction à effet du 1er janvier, sauf dénonciation par l'une des parties contractantes (c'est-à-dire l'assureur ou l'association), notifiée par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique. Cette lettre ou cet envoi doit être envoyé(e) au moins 3 mois avant la date de renouvellement. La date d'expédition de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique marque le départ du délai de préavis. En cas de résiliation ou de non reconduction de chacun de ces contrats par l'assureur ou l'ADER, aucune adhésion nouvelle ne pourra être acceptée, et l'assureur s'engage à maintenir les adhésions en vigueur selon les dispositions prévues dans le présent document. L'assureur s'engage également, en cas de résiliation, à maintenir le paiement des prestations en cours de service à leurs montants atteints au moment de la résiliation et ce jusqu'à leur terme contractuel.

Tout adhérent au contrat Aviva Senséo Prévoyance Médical et / ou Aviva Senséo Prévoyance Médical « Loi Madelin » se verra remettre le présent document qui définit les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à remplir en cas de sinistre.

1-3. MODIFICATION DES CONTRATS

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

Article 2 OBJET DES CONTRATS AVIVA SENSÉO PRÉVOYANCE MÉDICAL ET AVIVA SENSÉO PRÉVOYANCE MÉDICAL « LOI MADELIN »

2-1. OBJET

L'objet des contrats Aviva Senséo Prévoyance Médical et Aviva Senséo Prévoyance Médical « Loi Madelin » est de permettre aux professions médicales (les pharmaciens et vétérinaires y sont assimilés), internes des hôpitaux, ainsi qu'aux professions paramédicales moyennant le paiement de cotisations, de renforcer leur protection en matière de prévoyance en adhérant à des garanties venant compléter les prestations des régimes obligatoires complémentaires et/ou facultatifs. Le contrat Aviva Senséo Prévoyance Médical « Loi Madelin » n'est pas ouvert aux salariés des secteurs public et privé.

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

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

Ces contrats prévoient également les services et prestations d'assistance présentés dans l'annexe N° 1002- 0211- A84 « Convention d'Assistance ».

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

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

2-2. LES GARANTIES DE PRÉVOYANCE

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

2-2-1. Les garanties de base

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

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

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

Ces garanties peuvent être choisies seules ou combinées entre elles.

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

- « Capital Invalidité Totale » en cas d'invalidité permanente totale de l'assuré.

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

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

2-2-2. Les garanties optionnelles

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

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

b/ Les garanties optionnelles en complément de la garantie de base « Capital Invalidité Totale » :

- « Indemnités Journalières Courtes », « Indemnités Journalières Longues »,

« Indemnités Journalières Hospitaliers », « Indemnités Journalières Gardes et Astreintes », en cas d'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré.

- « Indemnités Journalières Relais Professionnel » en cas d'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré.
- « Capital Perte de Patientèle » en cas d'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré.
- « Allocation Enfant Hospitalisé » en cas d'hospitalisation d'un enfant de l'assuré.
- « Rente d'Invalidité » en cas d'invalidité permanente partielle ou totale de l'assuré.
- « Indemnités de Remboursement des Frais Professionnels » en cas d'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré.
- « Allocation Hospitalisation » en cas d'hospitalisation de l'assuré.
- « Exonération du paiement des cotisations ».

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

Article 3 LEXIQUE

Accident : Par accident, on entend toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont pas considérés comme accident les crises d'épilepsie, de delirium tremens, la rupture d'anévrisme, l'infarctus du myocarde, l'embolie cérébrale et l'hémorragie méningée, les accidents vasculaires cérébraux, les hernies inguinales et crurales, les fausses routes alimentaires, quelle qu'en soit la cause.
Une agression caractérisée par une atteinte corporelle non intentionnelle provoquée par une action volontaire, soudaine et brutale d'une ou plusieurs personnes à l'encontre de l'assuré est considérée comme un accident - l'assuré ne devant pas être l'initiateur de l'agression.

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

Affection de Longue Durée : Affection listée à l'article D. 322-1 du Code de la sécurité sociale dont la gravité et / ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, ou hors liste si elle correspond aux conditions spécifiées à l'article R. 322-6 du Code de la sécurité sociale.

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

Assuré : Personne physique sur laquelle repose l'assurance.

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

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

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

A défaut de ce consentement, l'assureur ne peut pas donner une suite favorable aux demandes de l'adhérent.
Pour tous les événements assurés autres que le décès, c'est l'assuré qui est le bénéficiaire, sauf mentions contraires à l'article 8 de la Notice valant Note d'Information.

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

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

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

Créateur de Cabinet ou d'Officine : L'assuré est considéré comme un créateur si son cabinet ou officine a été créé(e) dans les 24 mois qui précèdent l'adhésion.

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

Enfant Fiscalement à Charge :
Sont considérés comme enfants fiscalement à charge :

- les enfants âgés de moins de 21 ans ;
- les enfants âgés de moins de 25 ans s'ils poursuivent leurs études ;
- quel que soit leur âge, les enfants effectuant leur service militaire ou infirmes.

Il peut s'agir non seulement des propres enfants de l'assuré mais également des enfants que celui-ci a recueillis à son foyer fiscal

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

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

Hospitalisation : L'hospitalisation couvre les séjours en clinique ou hôpital et également l'hospitalisation à domicile lorsque celle-ci donne lieu à une prise en charge par la Sécurité Sociale et est prescrite en tant que telle par un médecin hospitalier chargé de la coordination des soins.
Est également considéré comme une hospitalisation le soin en ambulatoire effectué en établissement hospitalier ou spécialisé pour le traitement d'une affection de longue durée.

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

Indemnité Journalière :

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

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

b/ en mode « forfaitaire » :
Le montant de la prestation versée est égal au montant assuré.

Invalidité Permanente Totale ou Partielle : L'assuré est considéré en état d'invalidité permanente totale ou partielle s'il se trouve par suite de maladie ou d'accident et après consolidation médicale dans l'impossibilité permanente totale ou partielle d'exercer sa profession. Cette invalidité est déterminée à partir de la seule notion d'incapacité professionnelle.

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

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

Praticien Hospitalier : Un praticien hospitalier est un pharmacien, un médecin ou un chirurgien-dentiste exerçant au sein d'un établissement public de santé ou d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Rechute et récidive : Est considérée comme une rechute ou une récidive, toute nouvelle incapacité temporaire totale de travail ou incapacité temporaire partielle de travail pour motif thérapeutique, intervenant après la reprise de

l'activité pour la même pathologie que celle ayant justifié l'incapacité temporaire initialement indemnisée.

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

Revenus de l'Assuré : Le revenu de l'assuré correspond aux revenus professionnels imposables déclarés auprès de l'administration fiscale l'année précédente ou bien correspondant à la moyenne des revenus déclarés au cours des 3 dernières années précédant l'adhésion.
Les dividendes de l'assuré pourront être rajoutés en sus des revenus professionnels imposables.
Pour les créateurs et repreneurs, en cas d'absence de revenus l'année précédente, le revenu de l'assuré correspond aux revenus prévisionnels.
Pour les revenus issus des gardes et astreintes, à défaut d'historique il pourra être tenu compte du calendrier prévisionnel des gardes et astreintes.

Sports :

- **Sport amateur :**
  Sport pratiqué occasionnellement ou régulièrement, sans courses ou compétitions.
- **Sport en compétition :**
  Sport amateur de haut niveau donnant lieu à la participation à des courses ou compétitions officielles, rémunérées ou non.

Nota :
- pour le ski alpin et le ski de fond, la compétition s'entend comme compétition sportive organisée par une fédération nationale ou internationale, à l'exception des tests de niveaux de l'Ecole de Ski Français (ESF).
- pour le karting et le quad, la compétition s'entend hors courses entre amis, collègues ou en famille.

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

Article 4 FONCTIONNEMENT DE L'ADHÉSION

4-1. CONDITIONS D'ADHÉSION

L'adhésion aux présents contrats est réservée aux personnes exerçant une profession médicale ou paramédicale à titre libéral ou salarié et aux internes des hôpitaux. Le contrat Aviva Senséo Prévoyance Médical « Loi Madelin » n'est pas ouvert aux salariés des secteurs public et privé.
Les pharmaciens et vétérinaires sont assimilés à des professions médicales. Les praticiens de médecine non conventionnelle ne peuvent pas adhérer aux présents contrats sauf s'ils sont inscrits au Conseil de l'Ordre National des Médecins. Peuvent également adhérer aux présents contrats les audioprothésistes, chiropracteurs, ostéopathes, prothésistes, orthésistes, et ergothérapeutes.
Les garanties des présents contrats sont réservées aux personnes âgées de 18 ans au moins, fiscalement domiciliées en France. Les âges maximum à l'adhésion figurent à l'article 7.4 de la présente Notice valant note d'Information.

Pour adhérer, le candidat à l'assurance doit souscrire obligatoirement au moins une garantie de base en cas de décès ou de PTIA parmi les 4 proposées ou bien à défaut, la garantie de base en cas d'invalidité permanente totale.
Pour pouvoir bénéficier de l'ensemble des garanties, le candidat à l'assurance doit résider en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à la Réunion, ou en principauté de Monaco.
Les personnes résidant en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie, à Mayotte ainsi que les résidents monégasques non soumis à l'impôt sur le revenu français peuvent adhérer au contrat pour les seules garanties Décès ou PTIA.
Pour bénéficier des garanties en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou en cas d'invalidité partielle ou totale, le candidat à l'assurance doit exercer une activité professionnelle.

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

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

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

4-2. FORMALITÉS D'ADHÉSION

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

4-3. ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES

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

L'acceptation des garanties par l'assureur est subordonnée à :
- la production d'un questionnaire de santé et, le cas échéant, de formalités médicales et financières,
- la production d'un questionnaire spécifique pour les activités professionnelles et sportives pratiquées par l'assuré.

Elle prend également en considération les déplacements que l'assuré peut être amené à effectuer en France et à l'étranger. En outre, il pourra être demandé des informations complémentaires.

Dans le cas d'une acceptation immédiate de l'adhésion par l'assureur :
• lorsque l'adhérent a choisi la signature manuscrite, le certificat d'adhésion est émis directement par le conseiller en assurances. **L'adhérent doit retourner signé un exemplaire du certificat d'adhésion, au siège de l'assureur (Aviva Vie - 70 avenue de l'Europe - 92270 Bois-Colombes). En l'absence d'envoi du certificat d'adhésion signé à l'assureur dans le délai de 60 jours suivant sa date de délivrance, l'adhésion sera rétroactivement annulée.** Une lettre recommandée sera adressée à l'adhérent afin de l'informer de cette annulation.
• lorsque l'adhérent a choisi la signature dématérialisée, le certificat d'adhésion et l'ensemble des documents contractuels - dès signature - sont mis à disposition de l'adhérent dans son espace sécurisé et automatiquement transmis à l'assureur.

Dans le cas d'une acceptation différée de l'adhésion par l'assureur :
Les garanties entrent en vigueur au plus tôt le lendemain zéro heure de la réception par l'assureur de la demande d'adhésion, à la condition de l'acceptation de l'adhésion par l'assureur.
• Lorsque l'adhérent a choisi la signature manuscrite, l'adhérent doit envoyer une demande d'adhésion signée au siège de l'assureur.
• Lorsque l'adhérent a choisi la signature dématérialisée, la demande d'adhésion - dès signature - est automatiquement transmise à l'assureur et est également mise à disposition de l'adhérent dans son espace sécurisé avec la présente Notice.

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

4-4. DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an suivant la date d'effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction, sauf si l'adhérent manifeste sa volonté d'y mettre fin. Dans ce cas, les garanties cessent au terme de la période couverte par la dernière cotisation réglée qui suit la réception au Siège social de l'assureur de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception, ou sur l'adresse e-mail recommande_electronique_serv@aviva.com, de l'envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception par lequel l'adhérent l'informe de sa volonté de résilier son adhésion.

4-5. COUVERTURE PROVISOIRE EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL

(sous réserve des exclusions contractuelles visées à l'article 9 de la présente Notice valant Note d'Information)
Le candidat à l'assurance qui a choisi une garantie de base en cas de décès ou de PTIA, peut bénéficier d'une couverture provisoire en cas de décès par accident s'il joint à sa demande d'adhésion un relevé d'identité bancaire, accompagné d'un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé.
Bien que cet envoi ne vaille pas acceptation par l'assureur (article L112-2 du Code des assurances), le candidat à l'assurance bénéficie d'une couverture immédiate en cas de décès par accident. La couverture cesse au plus tôt à la date d'acceptation de l'adhésion par l'assureur ou à la date de notification des conditions particulières d'acceptation par l'assureur et au plus tard au terme d'un délai maximum de 45 jours, à compter de la date de signature de la demande d'adhésion. Le capital garanti au titre de cette couverture provisoire est égal au montant du capital décès assuré figurant sur la demande d'adhésion plafonné à 80 000 €.
Cette couverture est acquise lorsque le décès survient en France ou dans l'un des pays suivants : les pays de l'Union Européenne, l'Islande, la Norvège, la Suisse, la principauté de Monaco, Andorre, l'Amérique du Nord, l'Australie, la Nouvelle-

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

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

- si le candidat à l'assurance choisit de différer la prise d'effet de ses garanties à une date ultérieure du lendemain de la date de signature de la demande d'adhésion,
- si le décès du candidat à l'assurance est consécutif à la pratique des sports à risques cités aux articles 9.7.1 et 9.7.3.

4-6. DÉLAIS D'ATTENTE

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

En cas de maladie : Les garanties couvrant l'incapacité temporaire totale de travail et l'invalidité ne s'appliquent pas lorsque l'incapacité ou l'invalidité est la conséquence :

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

Cas particulier de la garantie « Indemnités Journalières Relais Professionnel » : ce délai est porté à 12 mois.

Cas particulier de l' « Allocation Enfant Hospitalisé » :
Aucun délai d'attente ne s'applique pour toute hospitalisation consécutive à un accident. En cas d'hospitalisation consécutive à une maladie d'un ou plusieurs enfants de l'assuré, le délai d'attente est porté à **12 mois**.

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

Augmentation ou ajout de garanties : Les délais d'attente en cas d'accident ou de maladie s'appliquent également en cas d'augmentation et d'ajout de garantie(s) (voir articles 5-1 et 5-2 de la Notice valant Note d'Information), mais ne portent alors que sur le supplément de garantie résultant de la modification ou sur la nouvelle garantie.

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

4-7. ÉTATS ANTÉRIEURS

4-7-1. Cas Général

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

- sur les conséquences de maladies dont les premières manifestations ont fait l'objet d'un constat médical postérieurement à la date d'effet des garanties,
- sur les conséquences des accidents survenus postérieurement à la date d'effet des garanties,
- sur les conséquences des affections et infirmités antérieures ou existant au moment de l'adhésion si celles ci ont été déclarées au questionnaire de santé et qu'elles n'ont fait l'objet d'aucune exclusion particulière portée sur le certificat d'adhésion.

En cas de survenance d'une maladie ou d'un accident entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date d'entrée en vigueur des garanties, les garanties s'exercent à compter **de leur entrée en vigueur dès lors que l'assureur** a déjà accepté l'adhésion au moment de la survenance de la maladie ou de l'accident et sous réserve que l'assuré ait informé l'assureur de cet élément dans les **10 jours** qui suivent sa survenance.
Si l'acceptation n'est pas encore prononcée au moment de la survenance de la maladie ou de l'accident, cet élément sera pris en compte lors de la phase d'acceptation, sous réserve que l'assuré ait informé l'assureur de cet événement dans les 10 jours qui suivent sa survenance.

Le défaut d'information de l'assureur dans les 10 jours qui suivent l'événement entraîne une absence d'indemnisation de la maladie ou de l'accident survenu(e) dans les conditions visées ci-dessus ainsi que ses suites et conséquences.

Cas particulier d'un ajout ou d'une augmentation de garantie(s) :
Les dispositions ci-dessus s'appliquent de la même façon en cas d'augmentation ou d'ajout de garantie(s) en prenant en compte :

- La date de la demande d'augmentation ou d'ajout de garantie(s)
- La date d'effet de l'augmentation ou de l'ajout de garantie(s)

Le défaut d'information de l'assureur dans les 10 jours qui suivent l'événement entraîne :

- **une absence d'indemnisation de la maladie ou de l'accident survenu(e) dans les conditions visées ci-dessus ainsi que ses suites et conséquences en cas d'ajout de garanties,**
- **une indemnisation de la maladie ou de l'accident survenu(e) dans les conditions visées ci dessus ainsi que ses suites et conséquences sur la base des montants garantis avant la demande d'augmentation de garanties.**

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

Lorsque :

- les garanties souscrites remplacent des garanties de même nature et de même niveau acquises précédemment chez un autre assureur,
- et que la maladie ou l'accident survient pendant la période comprise entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date d'effet du contrat, les garanties s'exercent uniquement en cas de rechute ou de récidive survenant postérieurement à la date d'effet des garanties, sur les suites et conséquences de cette maladie ou de cet accident sous réserve que l'assuré ait informé l'assureur de cet événement dans les **10 jours** qui suivent sa survenance.

Cette maladie ou cet accident ne fera l'objet d'aucune exclusion particulière dès lors que l'assureur a accepté l'adhésion.
Si l'acceptation n'est pas encore prononcée, cet élément sera pris en compte lors de la phase d'acceptation.

Le défaut d'information de l'assureur dans les 10 jours qui suivent l'événement entraîne une absence d'indemnisation de la rechute ou de la récidive survenue dans les conditions visées ci-dessus ainsi que ses suites et conséquences.

Application des franchises en cas de rechute ou de récidive intervenant après la date d'effet et pendant le délai d'attente :
Si la rechute ou la récidive telle que définie à l'article 3 de la Notice valant Note d'information intervient :

- dans les 6 mois de la reprise d'activité, l'indemnisation est effectuée sans application de la franchise à hauteur des montants de garanties détenues à la concurrence.
- plus de 6 mois après la reprise du travail, l'indemnisation est effectuée avec application de la franchise à hauteur des montants de garanties détenues à la concurrence.
  Toutefois, si l'assuré est en arrêt de travail au titre d'une affection de longue durée il ne sera pas fait application de la franchise .

Application des franchises en cas de rechute ou de récidive intervenant après la date d'effet et après le délai d'attente :
Si la rechute ou la récidive telle que définie à l'article 3 de la Notice valant Note d'information intervient :

- dans les 6 mois de la reprise d'activité, l'indemnisation est effectuée sans application de la franchise sur la totalité des montants garantis.
- plus de 6 mois après la reprise du travail, l'indemnisation est effectuée avec application de la franchise sur la totalité des montants garantis.
  Toutefois, si l'assuré est en arrêt de travail au titre d'une affection de longue durée il ne sera pas fait application de la franchise.

Cas particulier d'un ajout ou d'une augmentation de garantie(s) dans le cadre d'un remplacement de contrat :
Pour toute nouvelle garantie souscrite, non acquise précédemment chez un autre assureur, ce sont les dispositions visées à l'article 4.7.1. qui s'appliquent.
Pour toute garantie souscrite, de même nature que celle précédemment acquise chez un autre assureur mais pour un montant supérieur, ce sont les dispositions visées à l'article 4.7.1. qui s'appliquent sur le supplément de garantie.

4-8. ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

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

4-9. LES MONTANTS MINIMUM ET MAXIMUM ASSURÉS

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

Type de garanties	Montant minimum assuré	Montant maximum assuré
GARANTIES OPTIONNELLES		
Capital Supplémentaire en cas de Décès Accidentel	15 000 €	3 000 000 €
Rente Viagère Supplémentaire en cas de Décès Accidentel (capital constitutif)	15 000 €	3 000 000 €
Indemnités Journalières Courtes	15 € par jour	**Médicaux :** 500 € par jour en mode indemnitaire 300 € par jour en mode forfaitaire **Paramédicaux :** 300 € par jour **Repreneurs/changement de statut :** 300 € par jour **Créateurs :** 100 € par jour, 200 € par jour pour les médicaux
Indemnités Journalières Longues	15 € par jour	
Indemnités Journalières Longues avec Option Carpimko (cf article 8-9)	15 € par jour	**Paramédicaux :** 300 € par jour **Repreneurs/changement de statut :** 300 € par jour **Créateurs :** 100 € par jour
Indemnités Journalières Hospitaliers	15 € par jour	**Médicaux :** 300 € par jour en mode forfaitaire **Internes des hôpitaux :** 200 € par jour en mode forfaitaire
Indemnités Journalières Gardes et Astreintes	15 € par jour	**Médicaux :** 300 € par jour en mode forfaitaire **Internes des hôpitaux :** 200 € par jour en mode forfaitaire
Option Prolongation des Indemnités Journalières Courtes / Longues / Hospitaliers / Gardes et Astreintes après 67 ans	15 €* par jour	**Médicaux :** 500 €* par jour en mode indemnitaire 300 €* par jour en mode forfaitaire
Indemnités Journalières Relais Professionnel	15 € par jour	55 €** par jour
Capital Perte de Patientèle	1 500 €	**Médecins généralistes libéraux :** 30 000 €
Allocation Enfant Hospitalisé	**Médicaux :** 100 € par jour **Paramédicaux et internes des hôpitaux :** 50 € par jour	
Rente d'Invalidité Option Rente d'Invalidité à partir de 16 %	5475 € par an	**Médicaux :** 182 500 € par an en mode indemnitaire 109 500 € par an en mode forfaitaire **Paramédicaux :** 109 500 € par an **Repreneurs/changement de statut :** 109 500 € par an **Créateurs :** 36 500 € par an, 73 000 € par an pour les médicaux **Internes des hôpitaux :** 73 000 € par an en mode forfaitaire (pas d'option 16%)
Capital Confort Invalidité / Option Capital Confort Invalidité à partir de 16 % ou 33 %	15 000 €	350 000 €
Indemnités de Remboursement des Frais Professionnels	15 € par jour	**Médicaux :** 500 € par jour en mode forfaitaire **Paramédicaux :** 300 €par jour en mode forfaitaire **Repreneurs/changement de statut :** 300 € par jour en mode forfaitaire **Créateurs :** 100 €par jour en mode forfaitaire
Allocation Hospitalisation	15 € par jour	75 € par jour
Exonération du Paiement des Cotisations	Le montant de la prise en charge est fonction du montant de la cotisation	

** la prestation versée est égale à 50% de l'indemnité garantie sauf cas de détention d'un contrat de Retraite Madelin Aviva au moment de l'entrée en jeu de la garantie ; dans ce cas l'assuré perçoit 100% de l'indemnité garantie.*

*** selon le pass en vigueur en 2019*

Les autres professions de santé (cf article 4-1 de la Notice valant Note d'Information) bénéficient des mêmes plafonds que les professions paramédicales.

Article 5 VIE DE L'ADHÉSION

5-1. AUGMENTATION DES GARANTIES EN COURS D'ADHÉSION

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

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

5-2. AJOUT D'UNE NOUVELLE GARANTIE OU OPTION

L'adhérent peut demander en cours d'adhésion, à ajouter une nouvelle garantie ou une nouvelle option moyennant une révision des cotisations. Cette demande sera soumise aux conditions applicables à une nouvelle adhésion conformément à la Notice valant Note d'Information en vigueur à cette date. Toute demande d'ajout de garantie ou d'option doit être accompagnée d'un questionnaire de santé détaillé et d'activités et est subordonnée le cas échéant à des formalités médicales supplémentaires, et/ou à des formalités financières concernant l'assuré. Dans tous les cas, cette demande est soumise à une nouvelle acceptation de l'assureur.

5-3. ACTUALISATION DES GARANTIES

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

Pour permettre d'apprécier les conséquences de l'actualisation, l'assureur communique chaque année, les nouveaux montants des garanties et des cotisations à l'adhérent. L'adhérent a la possibilité de refuser l'actualisation chaque fois qu'elle est proposée. L'ajustement des garanties n'est acquis qu'après paiement de la cotisation correspondante. L'adhérent peut demander l'actualisation de ses garanties en cours d'adhésion s'il n'a pas opté pour celle-ci à l'adhésion. La demande d'actualisation prendra effet à la date anniversaire suivant la demande de l'assuré.

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

5-4. REVALORISATION DES PRESTATIONS

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

- « Rente de Conjoint », « Rente Éducation » option linéaire, sont revalorisées tous les ans au 1er janvier selon l'évolution du plafond annuel de la Sécurité Sociale constatée au 1er janvier de l'exercice précédent, dans la limite d'un fonds de revalorisation,
- « Indemnités Journalières Longues », « Indemnités Journalières Courtes »,

« Indemnités Journalières Hospitaliers », « Indemnités Journalières Gardes et Astreintes », « Indemnités Journalières Relais Professionnel » et « Rente d'Invalidité » sont revalorisées tous les ans à la date anniversaire de la prise d'effet de l'adhésion selon l'évolution du plafond annuel de la Sécurité Sociale constatée au 1er janvier de l'exercice précédant la date anniversaire de l'adhésion dans la limite d'un fonds de revalorisation.

Fonds de Revalorisation :
Il est créé un fonds de revalorisation destiné à réévaluer les prestations en cours de service au titre des garanties suivantes : « Rente de Conjoint », « Rente Education » option linéaire (cf article 8-4), « Indemnités Journalières Longues », « Indemnités Journalières Courtes », « Indemnités Journalières Hospitaliers », « Indemnités Journalières Gardes et Astreintes », « Indemnités Journalières Relais Professionnel », « Rente d'Invalidité ».

5-5. RÈGLEMENT DES COTISATIONS

a/ Montant et évolution de la cotisation
Le montant des cotisations est calculé notamment en fonction de l'âge de l'assuré. Le détail des cotisations initiales figure sur le certificat d'adhésion. Un droit d'adhésion unique à l'association ADER est prélevé avec la première cotisation.
L'âge qui sert à la détermination de la cotisation est obtenu par différence entre le millésime de l'année d'assurance considérée et le millésime de l'année de naissance de l'assuré.

La cotisation évolue chaque année à la date anniversaire de la prise d'effet de l'adhésion en fonction de l'âge atteint par l'assuré, de l'actualisation des garanties si cette option a été choisie par l'assuré.

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

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

c/ Défaut de paiement des cotisations :
Si une cotisation n'a pas été payée à l'expiration d'un délai de 10 jours après la date d'échéance, il est adressé un pli recommandé à l'adhérent l'avertissant de cette situation et de ses conséquences pour la continuité des garanties. Si la cotisation n'est toujours pas réglée dans un délai de 40 jours après l'envoi de ce pli recommandé, les garanties sont résiliées (par application des articles L 113-3 ou L 132-20 du Code des assurances).
Suite à cette résiliation si une fraction des cotisations échues et impayées est afférente aux garanties non vie (c'est à dire des garanties couvrant les risques de décès accidentel, d'incapacité et d'invalidité), l'assureur se réserve la faculté d'en poursuivre le recouvrement, le cas échéant, par la voie judiciaire.

5-6. MODIFICATION DU TARIF

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

Article 6 OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ EN CAS DE MODIFICATION DU RISQUE

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

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

- le fait que l'assuré, ayant lors de son adhésion déclaré être non fumeur, se remette à fumer, même occasionnellement ;
- sa profession ou son statut professionnel, les conditions dans lesquelles cette profession est exercée y compris en cas de :
- un déplacement ou un séjour temporaire dans un pays déconseillé par le ministère français des affaires étrangères et/ou lors d'une mission humanitaire ;
- la liquidation de la retraite ou le départ en préretraite de l'assuré, quelle qu'en soit la cause ;
- son domicile, si le nouveau domicile se trouve hors de France ou de la principauté de Monaco ;
- la pratique d'un sport à risques tel que défini à l'article 9.7 de la présente Notice valant Note d'Information ;
- toute souscription d'autres contrats d'assurance (à l'exception des contrats en couverture d'un emprunt) prévoyant le versement de prestations en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité.

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

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

Si l'adhérent ne donne pas suite à la proposition de l'assureur, ou s'il refuse expressément cette proposition, l'assureur résiliera l'adhésion.
En cas de non déclaration ou de déclaration au-delà d'un délai de 30 jours de la part de l'assuré de toute modification du risque, il pourra être fait application des articles L 113-2, L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances.

Article 7 CESSATION DES GARANTIES

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

7-1. RÈGLEMENT D'UNE PRESTATION EN CAS DE DÉCÈS

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

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

Si l'assuré reconnu en état de PTIA demande le règlement du capital décès par anticipation, le paiement de cette prestation et/ou des rentes assurées (Rente Viagère, Rente Education, Rente de Conjoint) met fin à l'ensemble des garanties ainsi qu'au paiement des prestations en cas d'incapacité - invalidité dont pourrait bénéficier l'assuré.
Les bénéficiaires des rentes éducation, de conjoint, rente viagère ou du double effet conjoint ainsi que des capitaux décès accidentels percevront les prestations leur vie durant ou selon le terme contractuellement prévu.

7-3. RÈGLEMENT DU « CAPITAL INVALIDITÉ TOTALE » EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE

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

7-4. CONDITIONS D'ÂGE À L'ADHÉSION ET CESSATION DES GARANTIES

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

Type de garanties	Age limite de l'assuré à l'adhésion(1)	Cessation des garanties(2)
GARANTIES DE BASE		
Capital Décès	70 ans pour le décès et 64 ans pour la PTIA	80 ans pour le décès et 67 ans pour la PTIA
Rente Viagère	70 ans pour le décès et 64 ans pour la PTIA	80 ans pour le décès et 67 ans pour la PTIA
Rente de Conjoint	64 ans pour le décès et pour la PTIA	67 ans pour le décès et pour la PTIA
Rente Education	64 ans pour le décès et pour la PTIA	67 ans pour le décès et pour la PTIA
Capital Invalidité Totale	64 ans	A la date de départ à la retraite ou de départ en préretraite de l'assuré et au plus tard à 67 ans
GARANTIES OPTIONNELLES		
Capital Supplémentaire en cas de Décès Accidentel	64 ans pour le décès et pour la PTIA	67 ans pour le décès et pour la PTIA
Rente Viagère Supplémentaire en cas de Décès Accidentel (capital constitutif)	64 ans pour le décès et pour la PTIA	67 ans pour le décès et pour la PTIA

Indemnités Journalières Courtes	64 ans	A la date de départ à la retraite ou de départ en préretraite de l'assuré et au plus tard à 67 ans
Indemnités Journalières Longues	64 ans	
Indemnités Journalières Longues avec Option Carpimko (cf article 8-9)	64 ans	
Indemnités Journalières Hospitaliers	64 ans	
Indemnités Journalières Gardes et Astreintes	64 ans	
Option Prolongation des Indemnités Journalières Courtes / Longues / Hospitaliers / Gardes et Astreintes après 67 ans	64 ans	A la date de départ à la retraite ou de départ en préretraite de l'assuré et au plus tard à 70 ans
Indemnités Journalières Relais Professionnel	64 ans	A la date de départ à la retraite ou de départ en préretraite de l'assuré et au plus tard à 67 ans
Capital Perte de Patientèle	64 ans	A la date de départ à la retraite ou de départ en préretraite de l'assuré et au plus tard à 67 ans
Allocation Enfant Hospitalisé	64 ans	A la date de départ à la retraite ou de départ en préretraite de l'assuré et au plus tard aux 67 ans de l'assuré ou 18 ans de l'enfant fiscalement à charge hospitalisé
Rente d'Invalidité / Option Rente d'Invalidité à partir de 16 %	64 ans	A la date de départ à la retraite ou de départ en préretraite de l'assuré et au plus tard à 67 ans
Capital Confort Invalidité Option Capital Confort Invalidité à partir de 16 % ou 33 %	64 ans	
Indemnités de Remboursement des Frais Professionnels	64 ans	A la date de départ à la retraite ou de départ en préretraite de l'assuré et au plus tard à 67 ans
Allocation Hospitalisation	64 ans	65 ans
Exonération du Paiement des Cotisations	64 ans	A la date de départ à la retraite ou de départ en préretraite de l'assuré et au plus tard à 67 ans

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

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

A titre d'exemple :

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

7-5. NON PAIEMENT DES COTISATIONS

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

7-6. A LA DEMANDE DE L'ADHÉRENT

Les garanties cessent au terme de la période couverte par la dernière cotisation réglée qui suit la réception par l'assureur de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception, ou sur l'adresse e-mail recommande_electronique_serv@aviva.com, de l'envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception par lequel l'adhérent l'informe de sa volonté de résilier une ou plusieurs garanties.

7-7. A L'INITIATIVE DE L'ASSUREUR

Les garanties cessent dans les cas suivants :

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

Toutefois, l'assureur renonce à sa faculté de résiliation lorsque les garanties remplacent des garanties de même nature et de même niveau acquises chez un autre assureur depuis plus de 2 ans à condition que :

- ce remplacement s'effectue sans interruption de garantie,
- la résiliation du contrat concurrent a été à l'initiative du seul adhérent.

Article 8 DESCRIPTION DES GARANTIES

Les garanties de base

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

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

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

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

Ces garanties peuvent être choisies seules ou combinées entre elles.

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

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

- 8-5. Garantie « Capital Invalidité Totale »

Les garanties optionnelles

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

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

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

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

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

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

- 8-8. La garantie optionnelle « Indemnités Journalières Courtes »
- 8-9. La garantie optionnelle « Indemnités Journalières Longues »
- 8-10. La garantie optionnelle « Indemnités Journalières Hospitaliers »
- 8-11. La garantie optionnelle « Indemnités Journalières Gardes et Astreintes »
- 8-12. La garantie optionnelle « Indemnités Journalières Relais Professionnel »
- 8-13. La garantie optionnelle « Capital Perte de Patientèle »
- 8-14. La garantie « Allocation Enfant Hospitalisé »
- 8-15. La garantie optionnelle « Rente d'Invalidité »
- 8-16. La garantie optionnelle « Capital Confort Invalidité »
- 8-17. La garantie optionnelle « Indemnités de Remboursement des Frais Professionnels »
- 8-18. La garantie optionnelle « Allocation Hospitalisation »
- 8-19. La garantie optionnelle « Exonération du Paiement des Cotisations »

8-1. LA GARANTIE DE BASE « CAPITAL DÉCÈS »

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

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

b/ Objet de la garantie :

- **Décès**
  (sous réserve des exclusions visées à l'article 9 de la présente Notice valant Note d'Information)

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

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

- **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)**
  (sous réserve des délais d'attente et des exclusions visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice valant Note d'Information)

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

l'assuré notamment au titre des garanties en cas d'incapacité et ou invalidité.

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

c/ Montant du capital décès :
Le montant du capital décès versé en cas de décès ou de PTIA de l'assuré est porté sur le Certificat d'Adhésion.

d/ Modalités d'indemnisation :
En cas de décès, le capital est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans les 30 jours qui suivent la réception des pièces nécessaires au règlement des prestations (voir article 10-2 de la Notice valant Note d'Information).
En cas de PTIA le capital est versé à l'assuré dans les 30 jours qui suivent la reconnaissance de cet état par l'assureur sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (cf article 10-3 de la Notice valant Note d'Information).

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

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

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

8-2. LA GARANTIE DE BASE « RENTE VIAGÈRE »

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :
Cette garantie peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Médical et Aviva Senséo Prévoyance Médical « Loi Madelin ».

b/ Objet de la garantie :

- **Décès**
  (sous réserve des exclusions visées à l'article 9 de la présente Notice valant Note d'Information)

En cas de décès de l'assuré, il est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) une rente viagère. Le versement de la rente viagère met fin à l'ensemble des garanties de l'adhésion.

- **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)**
  (sous réserve des délais d'attente et des exclusions visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice valant Note d'Information)

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

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

c/ Montant de la rente viagère :
Le montant du capital constitutif de la rente est indiqué sur le certificat d'adhésion. Le montant de la rente sera calculé en fonction de ce capital, de l'âge du bénéficiaire et du taux de rente en vigueur au moment du versement de la rente.

d/ Modalités d'indemnisation :
La première échéance de rente est versée dès la fin du trimestre civil suivant le décès de l'assuré, ou la reconnaissance par l'assureur de l'état de PTIA de l'assuré, sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (cf articles 10-2 et 10-3 de la Notice valant Note d'Information).
La rente viagère est versée trimestriellement à terme échu pendant toute la vie des bénéficiaires désignés ou de l'assuré en état de PTIA.

e/ Reconnaissance de l'état de PTIA :
L'état de PTIA est déterminé selon les dispositions figurant à l'article 8-1 e/ de la présente Notice valant Note d'Information.

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

8-3. LA GARANTIE DE BASE « RENTE DE CONJOINT »

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :
Cette garantie peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Médical et Aviva Senséo Prévoyance Médical « Loi Madelin ». Cette garantie ne peut être accordée que si l'âge du candidat à l'assurance n'excède pas de plus de 15 ans celui du conjoint bénéficiaire.

b/ Objet de la garantie :

- **Décès**
  (sous réserve des exclusions visées à l'article 9 de la présente Notice valant Note d'Information)

En cas de décès de l'assuré, il sera versé à son conjoint une rente de conjoint annuelle.
Le versement de la Rente de conjoint met fin à l'ensemble des garanties de l'adhésion.

- **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)**
  (sous réserve des délais d'attente et des exclusions visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice valant Note d'Information)

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

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

c/ Montant de la rente de conjoint :
Le montant annuel de la rente de conjoint assurée est indiqué sur le certificat d'adhésion.

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

e/ Reconnaissance de l'état de PTIA :
L'état de PTIA est déterminé selon les dispositions figurant à l'article 8-1 e/ de la présente Notice valant Note d'Information.

8-4. LA GARANTIE DE BASE « RENTE ÉDUCATION »

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :
Cette garantie peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Médical et Aviva Senséo Prévoyance Médical « Loi Madelin ».
Cette garantie ne peut être accordée que si l'écart d'âge entre le candidat à l'assurance et le(s) enfant(s) bénéficiaire(s) n'excède pas 50 ans.

b/ Objet de la garantie :

- **Décès**
  (sous réserve des exclusions visées à l'article 9 de la présente Notice valant Note d'Information)

En cas de décès de l'assuré, une rente éducation temporaire est versée au(x)

enfant(s) bénéficiaire(s). Le versement de la rente met fin à l'ensemble des garanties de l'adhésion.

- **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)**
  (sous réserve des délais d'attente et des exclusions visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice valant Note d'Information)

Si l'assuré est reconnu en état de PTIA (cf lexique) et s'il souhaite expressément que l'assureur indemnise les enfants bénéficiaires au titre de cette garantie, il sera versé, par anticipation, la rente d'éducation temporaire prévue en cas de décès. Le paiement de cette rente éducation met fin à l'adhésion et au versement des prestations en cours ou dont pourrait bénéficier l'assuré notamment au titre des garanties en cas d'incapacité et ou invalidité.

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

c/ Montant de la rente éducation :
Le montant de la rente garantie figure sur le certificat d'adhésion.

d/ Modalités d'indemnisation :
Cette rente prend effet, à partir du jour du décès de l'assuré ou du jour de reconnaissance par l'assureur de l'état de PTIA de l'assuré, sous réserve que l'enfant soit en vie au jour du sinistre et sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (cf articles 10-2 et 10-3 de la Notice valant Note d'Information).
Elle est servie trimestriellement à terme échu jusqu'au 18ème anniversaire de l'enfant bénéficiaire, ou s'il poursuit ses études, au plus tard jusqu'à son 28ème anniversaire.

e/ Options disponibles :
Deux options au choix sont proposées :

- **Option A : Rente linéaire :** La rente n'augmente pas en fonction de l'âge de l'enfant bénéficiaire.
- **Option B : Rente Croissante :** Le montant de la rente augmente en fonction de l'âge de l'enfant bénéficiaire :
  - à partir du 12ème anniversaire de l'enfant, la rente initiale est augmentée de moitié ;
  - à partir de son 18ème anniversaire, la rente initiale est doublée.

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

8-5. LA GARANTIE DE BASE « CAPITAL INVALIDITÉ TOTALE »

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

b/ Objet de la garantie :
En cas d'invalidité permanente totale supérieure ou égale à 66 %, l'assuré perçoit un « Capital Invalidité Totale ».

c/ Entrée en jeu de la garantie :
(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice valant Note d'Information)
Le capital garanti est versé à l'assuré s'il apporte la preuve qu'il se trouve par suite de maladie ou d'accident en état d'invalidité permanente totale justifiant d'un taux d'invalidité au moins égal à 66 % le mettant dans l'impossibilité d'exercer sa profession. Cette invalidité est déterminée à partir de la seule notion d'incapacité professionnelle.
La garantie doit entrer en jeu avant la date de départ à la retraite ou de préretraite de l'assuré et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint son 67ème anniversaire.
Le capital est réglé au plus tard dans les 30 jours qui suivent la reconnaissance par l'assureur de cet état d'invalidité permanente totale sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (cf article 10-5 de la Notice valant Note d'Information).
Le règlement intervient sur la base du capital garanti au moment de la reconnaissance par l'assureur de l'état d'invalidité permanente totale. Ce capital est versé en totalité. Le règlement du capital met fin à la présente garantie et à la présente adhésion. Toutefois, si l'assuré a également souscrit la garantie « Rente d'Invalidité », le paiement de la rente d'invalidité dont il pourrait bénéficier sera poursuivi jusqu'au terme contractuellement prévu.

d/ Détermination du taux d'invalidité
Le taux d'invalidité est déterminé selon les dispositions figurant à l'article 8-15 d/ de la présente Notice valant Note d'Information.

8-6. LA GARANTIE OPTIONNELLE « CAPITAL SUPPLÉMENTAIRE EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL »

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :
Cette garantie peut être souscrite exclusivement dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Médical.
Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie « Capital Décès » décrite à l'article 8-1.

b/ Objet de la garantie :
(sous réserve des exclusions visées à l'article 9 de la présente Notice valant Note d'Information)
En cas de décès ou de PTIA de l'assuré survenant dans les 12 mois suivant un accident (cf lexique), et à condition que le décès ou la PTIA en soit la conséquence directe, un capital supplémentaire est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès et vient s'ajouter au montant versé au titre de la garantie « Capital Décès ».
Si l'assuré est reconnu en état de PTIA suite à un accident (cf lexique), il lui sera versé, par anticipation, le capital supplémentaire prévu en cas de décès accidentel. Ce capital sera versé dans les 30 jours qui suivent la reconnaissance de cet état par l'assureur sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (voir articles 10-2,3 et 4 de la Notice valant Note d'Information).

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

8-7. LA GARANTIE OPTIONNELLE « RENTE VIAGÈRE SUPPLÉMENTAIRE EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL »

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :
Cette garantie peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Médical et Aviva Senséo Prévoyance Médical « Loi Madelin ».
Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie « Rente Viagère » décrite à l'article 8-2.

b/ Objet de la garantie :
(sous réserve des exclusions visées à l'article 9 de la présente Notice valant Note d'Information)
En cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) (cf lexique) de l'assuré survenant dans les 12 mois suivant un accident (cf lexique) et à condition que le décès ou la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) en soit la conséquence directe, le capital constitutif prévu au titre de la garantie de base « Rente Viagère » sera majoré du capital constitutif prévu au titre de la garantie optionnelle « Rente Viagère Supplémentaire en cas de Décès Accidentel ».
Les bénéficiaires de la prestation due au titre de la présente garantie sont identiques à ceux de la garantie de base « Rente Viagère ».

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

8-8. LA GARANTIE OPTIONNELLE « INDEMNITÉS JOURNALIÈRES COURTES »

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :
Cette garantie peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Médical et Aviva Senséo Prévoyance Médical « Loi Madelin ».
Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie de base en cours de paiement de cotisations.
Cette garantie ne peut pas être souscrite sans la garantie « Indemnités Journalières Longues », ou sans la garantie « Indemnités Journalières Hospitaliers » et sans la garantie « Rente d'Invalidité » en cours de paiement de cotisations pour les infirmiers/infirmières et aides-soignants/aides-soignantes.
Elle est réservée exclusivement aux personnes exerçant une profession médicale ou paramédicale à titre libéral et aux praticiens hospitaliers le cas échéant selon leur statut.

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

c/ Détermination du montant assuré à l'adhésion : assiette et limitations :
La garantie « Indemnités Journalières Courtes » souscrite par l'assuré ne doit pas lui permettre de percevoir un revenu supérieur à son revenu professionnel imposable, figurant sur sa dernière déclaration fiscale ou bien correspondant à la moyenne des revenus déclarés au cours des 3 dernières années précédant l'adhésion, en tenant compte des prestations de même nature prévues par tout

autre régime de prévoyance obligatoire, complémentaire et / ou facultatif.
En cas de baisse des revenus ou d'augmentation des revenus en cours d'adhésion, il appartient à l'assuré de prendre contact avec l'assureur pour lui demander un réajustement de ses garanties.

Pour les praticiens hospitaliers, le montant de l'indemnité ne peut excéder 300 euros par jour y compris la prestation due au titre de la garantie « Indemnités Journalières Gardes et Astreintes », le cas échéant.

d/ Entrée en jeu de la garantie :

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

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

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

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

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

e/ Durée d'indemnisation :

Les « Indemnités Journalières Courtes » sont versées, jusqu'au 90ème jour d'arrêt de travail, franchise incluse.
Le total des « Indemnités Journalières Courtes » et des « Indemnités Journalières Longues » ou « Indemnités Journalières Hospitaliers » qui seront versées pour une même maladie ou un même accident ne peut excéder 1095 jours d'arrêt de travail franchises incluses en un ou plusieurs arrêts.

f/ Montant de l'indemnité journalière versée :

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

- « Indemnités Journalières Courtes » avec Option mode indemnitaire
  Le montant de la prestation versée est déterminé à partir des revenus de l'assuré déclarés à l'administration fiscale, déduction faite des prestations de même nature servies au titre des régimes obligatoires, complémentaires et / ou facultatifs et dans la limite du montant assuré. Les prestations en cas d'incapacité de travail versées en couverture d'un emprunt ne sont pas prises en compte.
  En cas de baisse des revenus, les prestations versées seront plafonnées en application des règles énoncées ci-avant, les cotisations restant acquises à l'assureur.
  L'option en mode indemnitaire n'est pas ouverte aux practiciens hospitaliers.
- « Indemnités Journalières Courtes » avec Option mode forfaitaire
  Le montant de la prestation versée est égal au montant assuré.

g/ Modalités de versement des indemnités journalières :

Les indemnités sont versées mensuellement, à terme échu.

h/ Cessation de versement des indemnités journalières :

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

i/ Changement d'option :

Le mode choisi (indemnitaire ou forfaitaire) s'applique sur les indemnités journalières courtes et ou longues et sur la rente d'invalidité. Toute demande de changement d'option en cours d'adhésion s'applique systématiquement sur les deux types d'indemnités et sur la rente d'invalidité lorsque ces garanties sont souscrites.
Toute demande de changement d'option vers un mode forfaitaire en cours d'adhésion est subordonnée à des formalités médicales et à une nouvelle acceptation médicale et financière le cas échéant, de l'assureur. Toute demande de changement d'option d'un mode indemnitaire vers un mode forfaitaire doit être effectuée avant 60 ans. Cette demande doit être formulée par l'adhérent dans les 3 mois qui précèdent la date anniversaire de son adhésion en adressant une lettre recommandée avec demande d'avis de réception au Siège social de l'assureur ou un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception à recommande_electronique_serv@aviva.com. La modification, une fois acceptée par l'assureur, prend effet à la date anniversaire de l'adhésion.
Seul le mode forfaitaire est proposé aux praticiens hospitaliers accédant aux « Indemnités Journalières Courtes ».

j/ Cas des créateurs :

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

k/ Non cumul de prestations :

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

l/ Rechute ou récidive après reprise de travail :

Si la rechute ou la récidive telle que définie à l'article 3 de la Notice valant Note d'information intervient :

- dans les 6 mois de la reprise du travail, l'indemnisation reprendra sans application de la franchise.
- plus de 6 mois après la reprise du travail, l'indemnisation reprendra après expiration du délai de franchise choisi.
  Toutefois, si l'assuré est en arrêt de travail au titre d'une affection de longue durée il ne sera pas fait application de la franchise.
  Si la rechute ou la récidive liée aux suites ou séquelles d'un accident déjà indemnisé intervient plus de 6 mois après la reprise du travail, c'est la franchise choisie en cas de maladie qui sera appliquée. Dans tous les cas, la franchise accident ne s'applique qu'une seule fois pour un même accident.

m/ Incapacité partielle de travail pour motif thérapeutique

L'assuré admis à effectuer une activité professionnelle partielle pour motif thérapeutique reçoit une indemnité journalière égale à 50 % de l'indemnité garantie pendant 90 jours maximum franchise incluse.
Pour un même événement accidentel ou une même maladie, les « Indemnités journalières Courtes » et les « Indemnités Journalières Longues » ou « Indemnités Journalières Hospitaliers » sont versées sous réserve que l'état de santé de l'assuré ne permette pas une reprise d'activité à temps plein et, au total, pendant 12 mois maximum.

n/ Option Prolongation des « Indemnités Journalières Courtes » au-delà de 67 ans

• Conditions d'adhésion à l'option :

Cette option peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Médical et Aviva Senséo Prévoyance Médical « Loi Madelin ».
Elle est réservée exclusivement aux professions médicales exerçant à titre libéral ou aux praticiens hospitaliers exerçant au-delà de 67 ans le cas échéant.
Cette option ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie de base « Capital Décès » et /ou « Rente Viagère », et de la garantie « Indemnités Journalières Courtes » en cours de paiement de cotisations.

• Objet de l'option :

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

Si l'assuré, par suite d'une maladie ou d'un accident, se trouve après 67 ans en incapacité temporaire totale de travail, il perçoit une indemnité journalière correspondant à 50% du montant de l'indemnité journalière courte garantie.
Si au moment de l'entrée en jeu de cette option, l'assuré est également détenteur d'un contrat de retraite madelin Aviva, il perçoit la totalité du montant de l'indemnité journalière garantie.
Cette option permet de prolonger la couverture au-delà du 67ème anniversaire de l'assuré en maintenant le mode forfaitaire ou indemnitaire précédemment choisi.

• Durée d'indemnisation :

« Les Indemnités Journalières Courtes » sont versées, jusqu'au 90ème jour d'arrêt de travail, franchise incluse. Le total des « Indemnités Journalières Courtes » et des « Indemnités Journalières Longues » ou « Indemnités Journalières Hospitaliers » qui seront versées pour une même maladie ou un même accident ne peut excéder

1095 jours d'arrêt de travail franchises incluses en un ou plusieurs arrêts (les arrêts prescrits avant et après les 67 ans de l'assuré se cumulent).

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

8-9. LA GARANTIE OPTIONNELLE « INDEMNITÉS JOURNALIÈRES LONGUES »

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :
Cette garantie peut-être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Médical et Aviva Senséo Prévoyance Médical « Loi Madelin ».
Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie de base en cours de paiement de cotisations.
Les infirmiers/infirmières et aides-soignants/aides-soignantes qui adhèrent à cette garantie doivent obligatoirement souscrire la garantie « Rente d'Invalidité ».
Elle est réservée exclusivement aux personnes exerçant une profession médicale ou paramédicale à titre libéral ou salarié et aux praticiens hospitaliers selon le statut.

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

c/ Détermination du montant assuré à l'adhésion : assiette et limitations :
La garantie « Indemnités Journalières Longues » souscrite par l'assuré ne doit pas lui permettre de percevoir un revenu supérieur à son revenu professionnel imposable, figurant sur sa dernière déclaration fiscale ou bien correspondant à la moyenne des revenus déclarés au cours des 3 dernières années précédant l'adhésion, en tenant compte des prestations de même nature prévues par tout autre régime de prévoyance obligatoire, complémentaire et / ou facultatif.
En cas de baisse des revenus ou d'augmentation des revenus en cours d'adhésion, il appartient à l'assuré de prendre contact avec l'assureur pour lui demander un réajustement de ses garanties.

Pour les praticiens hospitaliers, le montant de l'indemnité ne peut excéder 300 euros par jour y compris la prestation due au titre de la garantie « Indemnités Journalières Gardes et Astreintes », le cas échéant.

d/ Entrée en jeu de la garantie :
(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice valant Note d'Information)
« Les Indemnités Journalières Longues » sont versées pendant une période décomptée à partir de l'expiration du délai de franchise indiqué sur le certificat d'adhésion.
La souscription de la garantie « Indemnités Journalières Longues » impose une franchise supérieure ou égale à 90 jours lorsqu'elle se cumule avec la souscription de la garantie « Indemnités Journalières Courtes ».

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

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

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

e/ Durée d'indemnisation :
Les « Indemnités Journalières Longues » sont versées, au plus tard jusqu'au 1095ème jour d'arrêt de travail franchise incluse.
Le total des « Indemnités Journalières Courtes » et des « Indemnités Journalières Longues » qui seront versées pour une même maladie ou un même accident ne peut excéder 1095 jours d'arrêt de travail franchises incluses en un ou plusieurs arrêts.

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

- « Indemnités Journalières Longues » avec Option mode indemnitaire
  Le montant de la prestation versée est déterminé à partir des revenus de l'assuré déclarés à l'administration fiscale, déduction faite des prestations de même nature servies au titre des régimes obligatoires, complémentaires et / ou facultatifs et dans la limite du montant assuré. Les prestations en cas d'incapacité de travail versées en couverture d'un emprunt ne sont pas prises en compte.
  En cas de baisse des revenus, les prestations versées seront plafonnées en application des règles énoncées ci-avant, les cotisations restant acquises à l'assureur.
  L'option en mode indemnitaire n'est pas ouverte aux praticiens hospitaliers.
- « Indemnités Journalières Longues » avec Option mode forfaitaire
  Le montant de la prestation versée est égal au montant assuré.

g/ Modalités de versement des indemnités journalières :
Les indemnités sont versées mensuellement, à terme échu.

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

i/ Changement d'option :
Le mode choisi (indemnitaire ou forfaitaire) s'applique sur les indemnités journalières courtes et ou longues et sur la rente d'invalidité. Toute demande de changement d'option en cours d'adhésion s'applique systématiquement sur les deux types d'indemnités et sur la rente d'invalidité lorsque ces garanties sont souscrites.
Toute demande de changement d'option vers un mode forfaitaire en cours d'adhésion est subordonnée à des formalités médicales et à une nouvelle acceptation médicale et financière le cas échéant, de l'assureur. Toute demande de changement d'option d'un mode indemnitaire vers un mode forfaitaire doit être effectuée avant 60 ans. Cette demande doit être formulée par l'adhérent dans les 3 mois qui précèdent la date anniversaire de son adhésion en adressant une lettre recommandée avec demande d'avis de réception au Siège social de l'assureur ou un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception à recommande_elctronique_serv@aviva.com. La modification, une fois acceptée par l'assureur, prend effet à la date anniversaire de l'adhésion.
Seul le mode forfaitaire est proposé aux praticiens hospitaliers accédant aux « Indemnités Journalières Longues ».

j/ Cas des créateurs :
Le mode forfaitaire est obligatoire pendant les deux premières années de l'adhésion, pour tout assuré « créateur » ayant moins de deux années d'exercice professionnel lors de son adhésion. Passé le délai de deux ans, l'assuré pourra demander à passer en « mode indemnitaire ». A défaut de demande de la part de l'assuré, le système forfaitaire reste applicable.
Toute demande de changement d'option vers un mode indemnitaire doit être réalisée par l'assuré, dans les 3 mois qui précèdent la date anniversaire de son adhésion en adressant une lettre recommandée avec demande d'avis de réception au Siège social de l'assureur ou un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception à recommande_electronique_serv@aviva.com. La modification prend effet à la date anniversaire de l'adhésion.

k/ Non cumul de prestations :
Les prestations versées au titre de la garantie « Indemnités Journalières Longues » ne peuvent en aucun cas, se cumuler aux prestations versées au titre des garanties « Rente d'Invalidité », « Indemnités Journalières Courtes », « Capital Perte de Patientèle » et « Allocation Enfant Hospitalisé ».

l/ Rechute ou récidive après reprise de travail :
Si la rechute ou la récidive telle que définie à l'article 3 de la Notice valant Note d'information intervient :

- dans les 6 mois de la reprise du travail, l'indemnisation reprendra sans application de la franchise.
- plus de 6 mois après la reprise du travail, l'indemnisation reprendra après expiration du délai de franchise choisi.
  Toutefois, si l'assuré est en arrêt de travail au titre d'une affection de longue durée il ne sera pas fait application de la franchise. Si la rechute ou la récidive liée aux suites ou séquelles d'un accident déjà indemnisé intervient plus de 6 mois après la reprise du travail, c'est la franchise choisie en cas de maladie qui sera appliquée. Dans tous les cas, la franchise accident ne s'applique qu'une seule fois pour un même accident.

m/ Incapacité partielle de travail pour motif thérapeutique :

L'assuré admis à effectuer une activité professionnelle partielle pour motif thérapeutique reçoit une indemnité journalière égale à 50 % de l'indemnité garantie pendant 12 mois maximum.

Pour un même événement accidentel ou une même maladie, les « Indemnités journalières Courtes » et les « Indemnités Journalières Longues » sont versées sous réserve que l'état de santé de l'assuré ne permette pas une reprise d'activité à temps plein et, au total, pendant 12 mois maximum.

n/ Option Prolongation des « Indemnités Journalières Longues » au-delà de 67 ans :

• Conditions d'adhésion à l'option :

Cette option peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Médical et Aviva Senséo Prévoyance Médical « Loi Madelin ».

Elle est réservée exclusivement aux médecins exerçant à titre libéral ou en milieu hospitalier au-delà de 67 ans le cas échéant.

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

• Objet de l'option :

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

Si l'assuré, par suite d'une maladie ou d'un accident, se trouve après 67 ans en incapacité temporaire totale de travail, il perçoit une indemnité journalière correspondant à 50% du montant de l'indemnité journalière longue garantie. Si au moment de l'entrée en jeu de cette option, l'assuré est également détenteur d'un contrat de retraite madelin Aviva, il perçoit la totalité du montant de l'indemnité journalière garantie.

Cette option permet de prolonger la couverture au-delà du 67ème anniversaire de l'assuré en maintenant le mode forfaitaire ou indemnitaire précédemment choisi.

• Durée d'indemnisation :

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

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

• Cessation de versement des indemnités journalières :

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

o/ Option « Indemnités Journalières Carpimko » :

• Conditions d'adhésion à l'option :

Cette option peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Médical et Aviva Senséo Prévoyance Médical « Loi Madelin ».

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

Cette option est réservée exclusivement aux personnes exerçant une profession paramédicale à titre libéral.

• Objet de l'option « Indemnités Journalières Carpimko » :

(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spécialesvisés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice valant Note d'Information)

Lorsque l'assuré a opté pour l'option « Indemnités Journalières Carpimko », les indemnités journalières longues sont versées, au plus tard jusqu'au 365ème jour d'arrêt de travail franchise Incluse.

- Cas de l'assuré qui n'a pas souscrit la garantie « Rente d'Invalidité » : A partir du 366ème jour d'arrêt de travail aucune indemnité n'est versée.
- Cas de l'assuré qui a souscrit la garantie « Rente d'Invalidité » : A partir du 366ème jour et au plus tard jusqu'au 1095ème d'incapacité temporaire totale de travail, l'assuré qui n'est pas atteint d'une invalidité permanente partielle ou totale, perçoit, sous réserve d'une expertise médicale, une indemnité journalière égale à 1/365ème du montant de la rente d'invalidité indiquée sur le certificat d'adhésion et ce tant que dure son état d'incapacité temporaire totale de travail.

• Montant de l'indemnité journalière versée :

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

• « Indemnités Journalières Longues » avec Option mode indemnitaire

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

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

• « Indemnités Journalières Longues » avec Option mode forfaitaire

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

• Cessation de versement des indemnités journalières :

Le versement de l'indemnité journalière Carpimko s'interrompt dès que l'assuré est reconnu en état d'invalidité permanente totale ou partielle, et au plus tard au 365ème jour d'arrêt de travail. Par ailleurs, il se termine dès que l'assuré peut reprendre, même partiellement, son activité professionnelle ou à la date de liquidation de la retraite quelle qu'en soit la cause, ou à la date de départ en préretraite, et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint son 67ème anniversaire.

8-10. LA GARANTIE OPTIONNELLE « INDEMNITÉS JOURNALIÈRES HOSPITALIERS »

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie peut-être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Médical.

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

Cette garantie est réservée aux praticiens hospitaliers selon le statut et aux internes des hôpitaux.

b/ Objet de la garantie :

Si l'assuré, par suite d'une maladie ou d'un accident, se trouve en incapacité temporaire totale de travail, il perçoit une indemnité journalière. La garantie « Indemnités Journalières Hospitaliers » comprend deux périodes d'indemnisation consécutives avec un niveau d'indemnisation qui peut être différent pour chacune d'elle.

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

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

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

Pour les practiciens hospitaliers, le montant des « Indemnités journalières Hospitaliers » 1ère période et 2ème période' ne peut excéder 300 euros par jour (200 euros par jour pour les Internes des hôpitaux) y compris la prestation due au titre de la garantie « Indemnités Journalières Gardes et Astreintes », le cas échéant.

d/ Entrée en jeu de la garantie :

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

« Les Indemnités Journalières Hospitaliers » se décomposent en deux phases d'indemnisation comme suit :

- les « Indemnités Journalières Hospitaliers 1ère période » : elles sont versées pendant une période décomptée à partir de l'expiration du délai de franchise de 90 jours. Selon le statut, la première période s'étend du 91ème jour au 274ème jour ou du 91ème jour au 365ème jour d'arrêt de travail. La durée d'indemnisation de 6 ou 9 mois selon le statut du praticien hospitalier et le montant de l'Indemnité garantie figurent sur le Certificat d'Adhésion.
- Les « Indemnités Journalières Hospitalières 2ème période » : elles entrent en jeu dès la fin du versement de la garantie « Indemnités Journalières Hospitaliers 1ère période ». La durée d'indemnisation et le montant de l'indemnité garantie figurent sur le Certificat d'Adhésion.

La souscription de la garantie « Indemnités Journalières Hospitaliers 1ère période » impose une franchise égale à 90 jours.

e/ Durée d'indemnisation :

La durée d'indemnisation de la garantie « Indemnités Journalières Hospitaliers 1ère période » et « Indemnités Journalières Hospitaliers 2ème période » qui entre en jeu consécutivement aux l' « Indemnités Journalières Hospitaliers 1ère période », figure sur le Certificat d'Adhésion.

Les « Indemnités Journalières Hospitaliers 2ème période » sont versées, au plus tard jusqu'au 1095ème jour d'arrêt de travail franchise incluse.

Le total des « Indemnités Journalières Courtes » et des « Indemnités Journalières Hospitaliers » qui seront versées pour une même maladie ou un même accident

ne peut excéder 1095 jours d'arrêt de travail franchises incluses en un ou plusieurs arrêts.

f/ Montant de l'indemnité journalière versée :

Le montant garanti de l'indemnité journalière pour chacune de ces périodes d'indemnisation est indiqué sur le certificat d'adhésion. Le versement est effectué sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (voir article 10-5 de la Notice valant Note d'Information).

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

g/ Modalités de versement des indemnités journalières :

Les « Indemnités Journalières Hospitaliers » sont versées mensuellement, à terme échu.

h/ Cessation de versement des indemnités journalières :

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

i/ Mode forfaitaire :

Le mode forfaitaire s'applique sur les « Indemnités Journalières Hospitaliers ».

j/ Non cumul de prestations :

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

k/ Rechute ou récidive après reprise de travail :

Si la rechute ou la récidive telle que définie à l'article 3 de la Notice valant Note d'information intervient :

- dans les 6 mois de la reprise du travail, l'indemnisation reprendra sans application de la franchise.
- plus de 6 mois après la reprise du travail, l'indemnisation reprendra après expiration du délai de franchise choisi.

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

  Si la rechute ou la récidive liée aux suites ou séquelles d'un accident déjà indemnisé intervient plus de 6 mois après la reprise du travail, c'est la franchise choisie en cas de maladie qui sera appliquée. Dans tous les cas, la franchise accident ne s'applique qu'une seule fois pour un même accident.

l/ Incapacité partielle de travail pour motif thérapeutique

L'assuré admis à effectuer une activité professionnelle partielle pour motif thérapeutique reçoit une indemnité journalière égale à 50 % de l'indemnité garantie.

Pour un même événement accidentel ou une même maladie, les « Indemnités journalières Courtes » et les « Indemnités Journalières Hospitaliers » sont versées sous réserve que l'état de santé de l'assuré ne permette pas une reprise d'activité à temps plein et, au total, pendant 12 mois maximum.

m/ Option Prolongation des « Indemnités Journalières Hospitaliers » au-delà de 67 ans

• Conditions d'adhésion à l'option :

Cette option peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Médical.

Elle est réservée exclusivement aux praticiens hospitaliers exerçant au-delà de 67 ans.

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

• Objet de l'option :

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

Si l'assuré, par suite d'une maladie ou d'un accident, se trouve après 67 ans en incapacité temporaire totale de travail, il perçoit une indemnité journalière correspondant à 50 % du montant de l'indemnité journalière garantie.

Cette option permet de prolonger la couverture au-delà du 67ème anniversaire de l'assuré.

• Durée d'indemnisation :

Les « Indemnités Journalières Hospitaliers 2ème période » sont versées, au plus tard jusqu'au 1095ème jour d'arrêt de travail franchise incluse.

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

• Cessation de versement des indemnités journalières :

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

8-11. LA GARANTIE OPTIONNELLE « INDEMNITÉS JOURNALIÈRES GARDES ET ASTREINTES »

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie peut-être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Médical.

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie de base en cours de paiement de cotisations. Elle peut être souscrite avec ou sans les autres garanties optionnelles.

Cette garantie est réservée aux praticiens hospitaliers et internes des hôpitaux.

b/ Objet de la garantie :

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

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

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

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

Pour les revenus issus des gardes et astreintes, à défaut d'historique il pourra être tenu compte du calendrier prévisionnel des gardes et astreintes.

Pour les praticiens hospitaliers, le montant des « Indemnités Journalières Gardes et Astreintes » ne peut excéder 300 euros par jour (200 euros par jour pour les Internes des hôpitaux) y compris la prestation due au titre de la garantie « Indemnités Journalières Courtes » ou « Indemnités Journalières Hospitaliers », ou « Indemnités Journalières Longues » le cas échéant.

d/ Entrée en jeu de la garantie :

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

L'indemnisation débute à partir de l'expiration du délai de franchise indiqué sur le certificat d'adhésion.

• En cas d'hospitalisation, si l'assuré a choisi une franchise de 3 jours, l'indemnité journalière est versée dès le premier jour d'hospitalisation à condition :

- d'avoir un arrêt de travail sur prescription médicale d'une durée supérieure à 3 jours consécutivement à l'hospitalisation,
- d'être hospitalisé pour une nuitée minimum en hôpital ou à domicile ou d'avoir subi, en établissement hospitalier ou spécialisé, un acte de chirurgie ambulatoire (moins de 24 H) ou des soins en ambulatoire pour le traitement d'une affection de longue durée.

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

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

e/ Durée d'indemnisation :

L'indemnisation s'achève, au plus tard, au terme de 12 mois (365 jours), 18 mois (547 jours), 24 mois (730 jours) ou 36 mois (1095 jours) d'arrêt de travail, selon l'option choisie, franchise incluse, en un ou plusieurs arrêts pour une même maladie ou un même accident.

f/ Montant de l'indemnité journalière versée :

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

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

g/ Modalités de versement des indemnités journalières :

Les indemnités sont versées mensuellement, à terme échu.

h/ Cessation de versement des indemnités journalières :

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

i/ Mode forfaitaire :

Le mode forfaitaire s'applique sur les « Indemnités Journalières Gardes et Astreintes ».

j/ Non cumul de prestations :

Les prestations versées au titre de la garantie « Indemnités Journalières Gardes et Astreintes » ne peuvent se cumuler aux prestations versées au titre des garanties « Rente d'Invalidité », « Allocation Enfant Hospitalisé ».

Les prestations versées au titre de la garantie « Indemnités Journalières Gardes et Astreintes » peuvent être cumulées avec les « Indemnités Journalières Courtes », ou « Indemnités Journalières Hospitaliers » et avec les « Indemnités Journalières Longues » selon le statut des praticiens hospitaliers.

k/ Rechute ou récidive après reprise de travail :

Si la rechute ou la récidive telle que définie à l'article 3 de la Notice valant Note d'information intervient :

- dans les 6 mois de la reprise du travail, l'indemnisation reprendra sans application de la franchise.
- plus de 6 mois après la reprise du travail, l'indemnisation reprendra après expiration du délai de franchise choisi.

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

  Si la rechute ou la récidive liée aux suites ou séquelles d'un accident déjà indemnisé intervient plus de 6 mois après la reprise du travail, c'est la franchise choisie en cas de maladie qui sera appliquée. Dans tous les cas, la franchise accident ne s'applique qu'une seule fois pour un même accident.

l/ Incapacité partielle de travail pour motif thérapeutique

L'assuré admis à effectuer une activité professionnelle partielle pour motif thérapeutique reçoit une indemnité journalière égale à 50 % de l'indemnité garantie. Cette indemnité est versée, pour un même événement accidentel ou une même maladie, au maximum pendant 12 mois et sous réserve que l'état de santé de l'assuré ne permette pas une reprise d'activité à temps plein.

m/ Option Prolongation des « Indemnités Journalières Gardes et Astreintes » au-delà de 67 ans

• Conditions d'adhésion à l'option :

Cette option peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Médical.

Elle est réservée exclusivement aux praticiens hospitaliers exerçant en milieu hospitalier au-delà de 67 ans.

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

• Objet de l'option :

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

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

• Durée d'indemnisation :

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

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

• Cessation de versement des indemnités journalières :

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

8-12. LA GARANTIE OPTIONNELLE « INDEMNITÉS JOURNALIÈRES RELAIS PROFESSIONNEL »

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Médical et Aviva Senséo Prévoyance Médical « Loi Madelin ».

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie « Indemnités Journalières Longues ».

Elle est réservée exclusivement aux professionnels de la santé affiliés à la Sécurité Sociale des Indépendants en prévoyance.

b/ Objet de la garantie :

Si l'assuré, par suite d'une maladie ou d'un accident, se trouve en incapacité temporaire totale de travail (cf lexique), et s'il a entièrement épuisé ses droits à prestation au titre de l'incapacité temporaire totale de travail versée par la Sécurité Sociale des Indépendants, soit 360 jours sur la période de référence de 3 ans, il perçoit des « Indemnités Journalières Relais Professionnel ».

c/ Entrée en jeu de la garantie :

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

Les « Indemnités Journalières Relais Professionnel » sont versées à compter du 1er jour d'arrêt de travail suivant le 360ème jour indemnisé au titre de l'incapacité temporaire totale de travail par la Sécurité Sociale des Indépendants (en un ou plusieurs arrêts sur la période de référence de 3 ans).

d/ Durée d'indemnisation :

Les « Indemnités Journalières Relais Professionnel » sont versées au plus tard si cet état perdure, jusqu'au dernier jour de la période de référence de 3 ans.

e/ Montant de l'indemnité journalière versée :

Le montant garanti des « Indemnités Journalières Relais Professionnel » est indiqué sur le certificat d'adhésion. Le versement est effectué sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (voir article 10-5 de la Notice valant Note d'Information). Les « Indemnités Journalières Relais Professionnel » sont versées de façon forfaitaire : le montant de la prestation versée est égal au montant assuré.

f/ Modalités de versement des indemnités journalières :

Les indemnités sont versées mensuellement, à terme échu.

g/ Cessation de versement des indemnités journalières :

Le service de ces indemnités s'interrompt dès que l'assuré peut reprendre, même partiellement son activité professionnelle. Par ailleurs, il se termine dès lors que l'assuré perçoit une rente d'incapacité au métier ou d'invalidité au titre de la Sécurité Sociale des Indépendants ou à la date de liquidation de la retraite quelle qu'en soit la cause ou de départ en préretraite de l'assuré, et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint son 67ème anniversaire.

h/ Non cumul de prestations :

Les prestations versées au titre de la garantie « Indemnités Journalières Relais Professionnel » ne peuvent en aucun cas se cumuler aux prestations versées au titre de la garantie « Rente d'Invalidité » ou « Allocation Enfant Hospitalisé ».

i/ Rechute ou récidive après reprise de travail :

Dès lors que l'assuré a épuisé ses droits à prestation au titre de la Sécurité Sociale des Indépendants sur la période de référence de 3 ans, l'indemnisation intervient dès le 1er jour de l'arrêt de travail.

j/ Incapacité partielle de travail pour motif thérapeutique

L'assuré admis à effectuer une activité professionnelle partielle pour motif thérapeutique reçoit une indemnité journalière égale à 50 % de l'indemnité garantie. Cette indemnité est versée, pour un même événement accidentel ou une même maladie, au maximum pendant 12 mois et sous réserve que l'état de santé de l'assuré ne permette pas une reprise d'activité à temps plein.

Dans la limite et conditions précitées, la garantie « Indemnités Journalières Relais Professionnel » pourra ensuite être mise en oeuvre sans délais d'attente à l'expiration de chaque nouvelle période de référence de 3 ans ouvrant droit à prestations de la Sécurité Sociale des Indépendants.

8-13. LA GARANTIE « CAPITAL PERTE DE PATIENTÈLE »

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

Cette garantie peut-être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Médical.

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

Cette garantie ne peut pas être souscrite sans la garantie « Indemnités Journalières Longues ». Elle est accessible lorque l'assuré a choisi une franchise inférieure à 9 mois.

Elle est réservée aux médecins généralistes exerçant à titre libéral.

b/ Objet de la garantie :

Si, par suite d'une maladie ou d'un accident, l'assuré se trouve en incapacité temporaire totale de travail d'une durée de 9 mois minimum ayant donné lieu à indemnisation, il recevra un capital lui permettant de faire face au risque de perte de patientèle consécutive à une trop longue absence.

Ce capital est versé uniquement après reprise du travail, qu'il s'agisse d'une reprise partielle ou totale.

c/ Entrée en jeu de la garantie :

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

La garantie entre en jeu après la reprise totale ou partielle du travail.
Le versement du capital met fin à la garantie.

d/ Montant du « Capital Perte de Patientèle » :
Le montant garanti du capital est indiqué sur le certificat d'adhésion. Il s'agit d'un montant forfaitaire non révisable en cours d'adhésion. Le versement est effectué sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations (voir article 10-5 de la Notice valant Note d'Information).

e/ Cas des créateurs :
Cette garantie optionnelle n'est pas accessible aux créateurs ou repreneurs.

f/ Non cumul de prestations :
La prestation versée au titre du « Capital Perte de Patientèle » ne peut en aucun cas, se cumuler aux prestations versées en cas d'invalidité permanente totale ou en cas d'incapacité temporaire totale de travail au titre des garanties, « Indemnités Journalières Courtes », « Indemnités Journalières Longues », « Indemnités de Remboursement des frais Professionnels ».

La prestation versée au titre du « Capital Perte de Patientèle » peut se cumuler avec les prestations servies en cas d'incapacité partielle de travail pour motif thérapeutique ou en cas d'invalidité permanente partielle.

8-14. LA GARANTIE « ALLOCATION ENFANT HOSPITALISÉ »

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :
Cette garantie est incluse et acquise gratuitement dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Médical et Aviva Senséo Prévoyance Médical « Loi Madelin » lorsque l'assuré a souscrit la garantie « Indemnités Journalières Courtes » et / ou « Indemnités Journalières Longues » et / ou « Indemnités Journalières Hospitaliers » et ou « Indemnités Gardes et Astreintes ».
Ces garanties doivent être en cours de paiement.

b/ Objet de la garantie :
Cette garantie apporte une compensation financière à l'assuré, en cas d'hospitalisation d'un enfant fiscalement à charge (cf lexique) consécutive à une maladie ou un accident.

c/ Montant assuré :
Le montant de l'allocation est de 100 € par jour d'hospitalisation pour les professions médicales et de 50 € par jour pour les professions paramédicales et pour les audioprothésistes, chiropracteurs, ostéopathes, prothésistes, orthésistes, ergothérapeutes et internes des hôpitaux. Ce montant est forfaitaire et indépendant du montant assuré choisi pour les « Indemnités Journalières Courtes » et / ou « Indemnités Journalières Longues » et / ou « Indemnités Journalières Hospitaliers » et / ou « Indemnités Gardes et Astreintes ».

d/ Entrée en jeu de la garantie :
(sous réserve des délais d'attente visés à l'article 4.6 de la présente Notice valant Note d'Information)
L'allocation est versée dès que l'enfant âgé de moins de 18 ans et fiscalement à charge de l'assuré est hospitalisé durant 7 jours minimum (soit 6 nuitées).
Une fois ces conditions satisfaites, l'assureur indemnise dès le 1er jour d'hospitalisation.

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

f/ Modalités de versement de l' « Allocation Enfant Hospitalisé » :
Les allocations sont versées mensuellement, à terme échu.

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

h/ Non cumul de prestations :
Les prestations versées au titre de la garantie « Allocation Enfant Hospitalisé » ne peuvent en aucun cas se cumuler avec d'autres prestations versées à l'assuré : « Indemnités Journalières Courtes », « Indemnités Journalières Longues », « Indemnités Journalières Hospitaliers », « Indemnités Journalières Gardes et Astreintes », « Indemnités Journalières Relais Professionnel », « Rente d'Invalidité », « Indemnités de Remboursement des Frais Professionnels », « Capital Confort Invalidité » ou tout type de prestation accordée lorsque l'assuré est en état d'incapacité temporaire totale ou bien en état d'invalidité.
Le versement de l' « Allocation Enfant Hospitalisé » ne donne pas lieu à l'exonération du paiement des cotisations d'assurance.
Si deux ou plusieurs enfants âgés de moins de 18 ans et fiscalement à charge de l'assuré sont hospitalisés simultanément, l'assuré ne perçoit qu'une seule allocation par jour.

8-15. LA GARANTIE OPTIONNELLE « RENTE D'INVALIDITÉ »

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :
Cette garantie peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Médical et Aviva Senséo Prévoyance Médical « Loi Madelin ».
Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie de base en cours de paiement de cotisations.

b/ Objet de la garantie :
En cas d'invalidité permanente partielle ou totale consécutive à une maladie ou à un accident, l'assuré perçoit une rente d'invalidité en fonction du taux d'invalidité déterminé par voie d'expertise médicale.

c/ Détermination du montant assuré à l'adhésion : assiette et limitations :
La garantie « Rente d'Invalidité » souscrite par l'assuré ne doit pas lui permettre de percevoir un revenu supérieur à son revenu professionnel imposable, figurant sur sa dernière déclaration fiscale ou bien correspondant à la moyenne des revenus déclarés au cours des 3 dernières années précédant l'adhésion, en tenant compte des prestations de même nature prévues par tout autre régime de prévoyance, obligatoire, complémentaire et / ou facultatif.
En cas de baisse des revenus ou d'augmentation des revenus en cours de contrat, il appartient à l'assuré de prendre contact avec l'assureur pour lui demander un réajustement de ses garanties (cf article 5-1 de la Notice valant Note d'Information).

d/ Détermination du taux d'invalidité :
Le taux d'invalidité est déterminé par voie d'expertise médicale, réalisée par un médecin expert indépendant désigné par l'assureur, en fonction de la seule incapacité professionnelle.
Il est apprécié de 0 % à 100 % en fonction de la diminution d'aptitude de l'assuré à l'exercice de son activité professionnelle, en tenant compte des conditions de cet exercice avant la maladie ou l'accident, des possibilités restantes ainsi que des possibilités d'aménagement dans l'exercice de sa profession.
Il n'est pas tenu compte de la capacité restante à exercer une autre profession ni des possibilités éventuelles de reclassement professionnel.
Le taux d'invalidité ouvrant droit au service des prestations est déterminé sans tenir compte des critères de reconnaissance et des décisions du régime obligatoire auquel est affilié l'assuré.Le taux d'incapacité professionnelle n'est pas déterminé à titre définitif, il peut varier en fonction de l'état de santé de l'assuré et peut être revu (majoration ou diminution) à l'initiative de l'assuré ou de l'assureur. L'assureur se réserve le droit de soumettre l'assuré aux contrôles ou expertises prévus à l'article 10-8 de la Notice valant Note d'Information.

Cas particulier de l'assuré présentant un taux d'incapacité fonctionnelle supérieur au taux d'incapacité professionnelle :
Si exceptionnellement, l'assuré présentait un taux d'incapacité fonctionnelle supérieur au taux d'incapacité professionnelle, le taux d'invalidité serait alors apprécié en fonction de ces deux incapacités par dérogation aux dispositions visées ci-dessus et selon les modalités figurant dans l'annexe 1.

e/ Entrée en jeu de la garantie :
(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice valant Note d'Information)
La garantie « Rente d'Invalidité » intervient au terme de 1095 jours d'incapacité temporaire totale de travail. Elle entre également en jeu, après consolidation médicale, dès que la preuve de l'état d'invalidité permanente totale ou partielle de l'assuré est apportée, c'est-à-dire la preuve qu'il se trouve par suite de maladie ou d'accident et après consolidation dans l'impossibilité permanente totale ou partielle d'exercer sa profession.
Lorsque l'assuré a choisi l'option « Indemnités Journalières Carpimko » dans le cadre de la garantie « Indemnités Journalières Longues », la garantie « Rente d'Invalidité » intervient à compter du 366ème jour d'incapacité temporaire totale de travail.

f/ Durée d'indemnisation et cessation du versement de la rente :
Si l'état d'invalidité persiste, la rente est servie jusqu'à la date de liquidation de la retraite quelle qu'en soit la cause ou de départ en préretraite de l'assuré, et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint son 67ème anniversaire.

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

g-1/Mode d'indemnisation choisi

• « Rente d'Invalidité » avec option mode indemnitaire

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

Ce montant est versé en totalité ou partiellement selon le taux d'indemnisation appliqué (cf point g-2 ci-après).

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

L'option en mode indemnitaire n'est pas ouverte aux praticiens hospitaliers et aux internes des hôpitaux.

• « Rente d'Invalidité » avec option mode forfaitaire

En cas de sinistre, le montant de la rente est déterminé à partir du montant assuré. Ce montant assuré est versé en totalité ou partiellement selon le taux d'indemnisation appliqué (cf point g-2 ci-après).

Seul le mode forfaitaire est proposé aux praticiens hospitaliers et aux internes des hôpitaux.

g-2/Le taux d'indemnisation

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

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

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

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

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

i/ Non cumul de prestations :

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

j/ Changement d'option :

Le mode choisi (indemnitaire ou forfaitaire) s'applique sur les indemnités journalières courtes et ou longues et sur la rente d'invalidité.

Toute demande de changement d'option en cours d'adhésion s'applique systématiquement sur les deux types d'indemnités et sur la rente d'invalidité lorsque ces garanties sont souscrites.

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

Seul le mode forfaitaire est proposé aux praticiens hospitaliers et aux internes des hôpitaux.

k/ Cas des créateurs :

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

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

l/ Option rente d'invalidité à partir de 16 % :

Cette option peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Médical et Aviva Senséo Prévoyance Médical « Loi Madelin ».

Elle est réservée exclusivement aux personnes exerçant une profession médicale conventionnelle ou aux personnes exerçant à titre libéral une profession paramédicale (hors infirmiers, infirmières, aides-soignantes et aides-soignants).

Peuvent également adhérer à cette option les audioprothésistes, chiropracteurs, ostéopathes, prothésistes, orthésistes, et ergothérapeutes exerçant à titre libéral.

Les internes des hôpitaux ne peuvent pas adhérer à cette option.

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

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

Les conditions suivantes sont alors appliquées :

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

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

8-16. LA GARANTIE OPTIONNELLE « CAPITAL CONFORT INVALIDITÉ »

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :

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

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

b/ Objet de la garantie :

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

c/ Entrée en jeu de la garantie :

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

Le capital garanti est versé à l'assuré s'il apporte la preuve qu'il se trouve par suite de maladie ou d'accident en état d'invalidité permanente totale justifiant d'un taux d'invalidité au moins égal à 66 % le mettant dans l'impossibilité d'exercer sa profession. Cette invalidité est déterminée à partir de la seule notion d'incapacité professionnelle.

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

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

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

d/ Détermination du taux d'invalidité :

Le taux d'invalidité est déterminé selon les dispositions figurant à l'article 8-15 d/ de la présente Notice valant Note d'Information.

e/ Montant du capital assuré :

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

f/ Option « Capital Confort Invalidité » à 16 % ou 33 % :

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

L'option à 16 % est réservée exclusivement aux personnes exerçant une profession médicale conventionnelle ou aux personnes exerçant à titre libéral une profession paramédicale (hors infirmiers, infirmières, aides-soignantes et aides-soignants).

Peuvent également adhérer à cette option les audioprothésistes, chiropracteurs,

ostéopathes, prothésistes, orthésistes, et ergothérapeutes exerçant à titre libéral. Les internes des hôpitaux ne peuvent pas adhérer à cette option.
En fonction de l'option choisie, l'invalidité permanente partielle est prise en charge soit dès 16 % soit dès 33 %, **(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice valant Note d'Information).**
Les conditions suivantes sont alors appliquées :

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

Le règlement du capital en cas d'invalidité permanente partielle ou totale met fin à la présente garantie.
Les conditions de détermination du taux d'invalidité, d'entrée en jeu de la garantie, et de non cumul des prestations sont identiques à celles prévues pour la garantie « Rente d'Invalidité ».

8-17. LA GARANTIE OPTIONNELLE « INDEMNITÉS DE REMBOURSEMENT DES FRAIS PROFESSIONNELS »

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :
Cette garantie peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Médical et Aviva Senséo Prévoyance Médical « Loi Madelin ».
Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie de base en cours de paiement de cotisations.
Elle est réservée exclusivement aux personnes exerçant une profession non salariée.

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

c/ Frais professionnels permanents pris en charge :
Les frais professionnels pris en charge sont les frais généraux permanents, notamment les loyers et / ou charges relatifs aux locaux professionnels, salaires et charges sociales, taxe professionnelle, cotisations aux organismes professionnels et sociaux obligatoires, abonnements, assurances professionnelles, les mensualités d'emprunts ou de crédits-bails professionnels à condition qu'ils ne soient pas pris en charge par une autre assurance. Les frais sont pris en considération hors TVA lorsque celle-ci est récupérable par l'assuré.
Les frais d'exploitation supplémentaires liés à l'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré sont également pris en charge, et notamment le coût d'un remplacement dans la fonction.

d/ Détermination du montant assuré à l'adhésion : assiette et limitations :
Le montant assuré est déterminé à partir des frais de fonctionnement annuels constatés lors du dernier exercice qui précède la demande d'adhésion. Le montant quotidien assuré ne peut excéder 1/365ème des frais de fonctionnement constatés dans la limite des plafonds autorisés.
Pour les créateurs, le montant assuré est déterminé à partir des frais de fonctionnement annuels prévisionnels.

e/ Entrée en jeu de la garantie :
(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice valant Note d'Information)
L'indemnisation débute à partir de l'expiration du délai de franchise indiqué sur le certificat d'adhésion, et s'achève, au plus tard, au terme de 12 mois (365 jours), 18 mois (547 jours) ou 24 mois (730 jours) d'arrêt de travail, selon l'option choisie, franchise incluse, en un ou plusieurs arrêts pour une même maladie ou un même accident. Les indemnités sont versées mensuellement, à terme échu.

f/ Montant des prestations versées :
Le montant de la prestation est égal au montant assuré. Il s'agit d'une prestation versée de façon forfaitaire.

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

h/ Rechute ou récidive après reprise de travail :
Si la rechute ou la récidive telle que définie à l'article 3 de la Notice valant Note d'information intervient :

- dans les 6 mois de la reprise du travail, l'indemnisation reprendra sans application de la franchise.
- plus de 6 mois après la reprise du travail, l'indemnisation reprendra après expiration du délai de franchise choisi.

Toutefois, si l'assuré est en arrêt de travail au titre d'une affection de longue durée il ne sera pas fait application de la franchise.
Si la rechute ou la récidive liée aux suites ou séquelles d'un accident déjà indemnisé intervient plus de 6 mois après la reprise du travail, c'est la franchise choisie en cas de maladie qui sera appliquée. Dans tous les cas, la franchise accident ne s'applique qu'une seule fois pour un même accident.

i/ Incapacité partielle de travail pour motif thérapeutique
L'assuré admis à effectuer une activité professionnelle partielle pour motif thérapeutique reçoit une indemnité journalière égale à 50 % de l'indemnité garantie. Cette indemnité est versée, pour un même événement accidentel ou une même maladie, au maximum pendant 12 mois et sous réserve que l'état de santé de l'assuré ne permette pas une reprise d'activité à temps plein.

8-18. LA GARANTIE OPTIONNELLE « ALLOCATION HOSPITALISATION »

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :
Cette garantie peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Médical et Aviva Senséo Prévoyance Médical « Loi Madelin ».
Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie de base en cours de paiement de cotisations.

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

c/ Entrée en jeu de la garantie :
(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice valant Note d'Information)
Cette allocation est versée :

- rétroactivement à compter du 1er jour d'hospitalisation si celle-ci est consécutive à un accident ;
- à partir du 4ème jour d'hospitalisation si celle-ci est consécutive à une maladie.

La durée maximale de l'indemnisation, pour un même accident ou une même maladie, y compris rechutes,récidives et complications, est de 365 jours.

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

e/ Montant de l'allocation :
Le montant de la prestation est égal au montant assuré. Ce montant est indépendant des prestations versées le cas échéant dans le cadre des garanties « Indemnités Journalières Courtes » et / ou « Indemnités Journalières Longues » et / ou « Indemnités Journalières Hospitaliers » et / ou « Indemnités Journalières Gardes et Astreintes » et / ou « Indemnités Journalières Relais Professionnel » et / ou « Rente d'Invalidité ».

8-19. LA GARANTIE OPTIONNELLE « EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS »

a/ Conditions d'adhésion à la garantie :
Cette garantie peut être souscrite dans le cadre du contrat Aviva Senséo Prévoyance Médical et Aviva Senséo Prévoyance Médical « Loi Madelin ».
Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie de base en cours de paiement de cotisations. Elle est réservée aux adhérents personnes physiques.

b/ Objet de la garantie :
La garantie « Exonération du Paiement des Cotisations » prévoit la prise en charge

totale ou partielle des cotisations d'assurance par l'assureur si l'assuré est atteint, suite à une maladie ou un accident, d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente, dans les conditions décrites ci-après.
Si l'adhérent a opté pour l'actualisation des garanties, et sous réserve qu'il n'ait pas refusé cette actualisation la dernière fois qu'elle lui a été proposée, les cotisations d'assurance sont ajustées sur l'indice de référence dans la limite du fonds de revalorisation prévu à cet effet, pendant toutes les périodes où l'assureur les prend en charge.

8-19-1. En cas d'incapacité temporaire totale de travail

a/ Entrée en jeu de la garantie et montant de la prise en charge des cotisations d'assurance par l'assureur :
(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice valant Note d'Information)
Si l'assuré se trouve dans l'incapacité totale d'exercer sa profession, les cotisations d'assurance sont prises en charge par l'assureur à compter du 61ème jour d'arrêt total de travail.
Toutefois, cette prise en charge est avancée à la date à laquelle commence le versement des « Indemnités Journalières » lorsque l'adhésion comporte cette garantie avec un délai de franchise inférieur à 60 jours.

b/ Durée et cessation de la prise en charge des cotisations d'assurance par l'assureur :
La prise en charge des cotisations d'assurance par l'assureur se poursuit au plus tard jusqu'au 1095ème jour d'arrêt de travail (ou 365ème jour si l'option Carpimko est souscrite), si l'assuré reste en incapacité temporaire totale de travail pendant toute cette période. Elle s'interrompt dès que l'assuré peut reprendre (même partiellement) son activité professionnelle.
Cette prise en charge s'exerce jusqu'à la date de liquidation de la retraite quelle qu'en soit la cause ou de départ en préretraite de l'assuré et, au plus tard, à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint son 67ème anniversaire.

8-19-2. En cas d'incapacité partielle de travail pour motif thérapeutique

a/ Entrée en jeu de la garantie et montant de la prise en charge des cotisations d'assurance par l'assureur :
(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice valant Note d'Information)
L'assuré admis à effectuer une activité professionnelle partielle pour motif thérapeutique bénéficie d'une prise en charge des cotisations d'assurance par l'assureur égale à 50 % du montant de la cotisation.

b/ Durée et cessation de la prise en charge des cotisations d'assurance par l'assureur en cas d'incapacité partielle de travail :
Cette prise en charge s'exerce, pour un même événement accidentel ou une même maladie, au maximum pendant 12 mois et sous réserve que l'état de santé de l'assuré ne permette pas une reprise d'activité à temps plein.
Cette prise en charge cesse au plus tard à la date de liquidation de la retraite quelle qu'en soit la cause ou de départ en préretraite de l'assuré et, au plus tard, à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint son 67ème anniversaire.

8-19-3. En cas d'invalidité permanente

a/ Entrée en jeu de la prise en charge des cotisations d'assurance par l'assureur :
(sous réserve des délais d'attente, des exclusions et dispositions spéciales visés aux articles 4.6 et 9 de la présente Notice valant Note d'Information)
La prise en charge des cotisations d'assurance par l'assureur au titre de cette garantie intervient au terme du 1095ème jour d'incapacité temporaire totale de travail, mais aussi dès que la preuve de l'état d'invalidité permanente totale ou partielle est apportée. L'assureur dispense totalement ou partiellement l'assuré du règlement des cotisations d'assurance selon le taux d'invalidité reconnu par l'assureur. En cas d'invalidité partielle, le pourcentage de prise en charge des cotisations d'assurance par l'assureur est égal au taux d'indemnisation tel que déterminé à l'article 8-15 de la Notice valant Note d'Information.

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

Article 9 EXCLUSIONS ET DISPOSITIONS SPÉCIALES

9-1. RISQUES EXCLUS POUR L'ENSEMBLE DES GARANTIES

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

9-2. RISQUES EXCLUS EN CAS DE DÉCÈS PAR MALADIE OU PAR ACCIDENT

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

9-3. RISQUES EXCLUS POUR L'ENSEMBLE DES GARANTIES OPTIONNELLES ET EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

- **les conséquences des tentatives de suicide ou de mutilation volontaire ;**
- **les conséquences d'accidents survenant alors que l'assuré conduisait en état d'ivresse (taux d'alcoolémie égal ou supérieur à la réglementation en vigueur au jour de l'accident), quel que soit le moyen de transport ;**
- **les conséquences de l'usage de stupéfiants à des fins autres que médicales ;**
- **les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ainsi que les effets de la radiation provoquée par l'accélération artificielle des particules chargées électriquement. Toutefois les garanties restent acquises à l'assuré en cas d'accidents survenus dans le cadre de son activité professionnelle ou à l'occasion d'un traitement médical auquel il est soumis.**
- **les accidents, maladies, invalidités et infirmités survenus à l'occasion de l'exercice d'une profession différente de celle déclarée à l'assureur à l'adhésion ou ultérieurement.**

9-4. RISQUES EXCLUS POUR LES GARANTIES « INDEMNITÉS JOURNALIÈRES », « INDEMNITÉS DE REMBOURSEMENT DES FRAIS PROFESSIONNELS », « ALLOCATION HOSPITALISATION », « EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS »

- **les arrêts de travail pour traitement de la stérilité ou pour procréation médicalement assistée ;**
- **les arrêts de travail en rapport avec des interventions de chirurgie esthétique, lorsque celles-ci ne sont pas motivées par des séquelles d'accident. Toutefois les garanties restent acquises lorsque l'intervention fait l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire de la Sécurité Sociale ;**
- **les conséquences de l'état de grossesse pendant les 6 semaines précédant la date présumée de l'accouchement, la garantie étant acquise avant cette période seulement en cas de complications pathologiques, (sous réserve des délais d'attente visés à l'article 4.6 de la présente Notice Valant Note d'Information).**
- **les conséquences de l'accouchement pendant les 10 semaines lui succédant, la garantie étant acquise après cette période seulement en cas de suites de couche pathologique.**
- **La garantie « Allocation Hospitalisation » n'intervient pas lorsque l'assurée est hospitalisée pour l'accouchement.**

9-5. DISPOSITIONS SPÉCIALES : MODALITÉS D'INDEMNISATION EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL ET D'INVALIDITÉ PERMANENTE RÉSULTANT DE PATHOLOGIES DISCO-VERTÉBRALES

Pour l'application de la franchise, les cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, sciatiques et hernies discales, qu'elles soient d'origine médicale ou traumatique, ne sont pas considérées comme accidents, et sont donc indemnisées comme maladies.
Cette disposition ne concerne pas les traumatismes vertébraux ayant entraîné une fracture vertébrale ou une lésion de la moelle épinière.

9-6. DISPOSITIONS SPÉCIALES : MODALITÉS D'INDEMNISATION EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL RÉSULTANT D'UN DON D'ORGANE OU DE MOELLE OSSEUSE

Si l'assuré, par suite d'un don d'organe ou de moelle osseuse, se trouve en incapacité temporaire totale de travail, il perçoit les indemnités souscrites au titre des garanties optionnelles « Indemnités Journalières Courtes » et/ou « Indemnités Journalières Gardes et Astreintes » et/ou « Indemnités de Remboursement des Frais Professionnels », pendant une période décomptée à partir du 1er jour de l'arrêt de travail.
Ces prestations sont versées, au prorata de la durée de l'incapacité temporaire totale et sur présentation de justificatifs d'arrêt initial de travail et de prolongations, au plus tard jusqu'au :
* 15ème jour d'arrêt de travail, en cas d'un don de moelle osseuse.
* 30ème jour d'arrêt de travail, en cas d'un don d'organe.

Le service de ces prestations s'interrompt dès que l'assuré peut reprendre, même partiellement son activité professionnelle. Par ailleurs, il se termine à la date de cessation des garanties optionnelles souscrites telle que définie à l'article 7-4 de la présente Notice valant Note d'Information.

9.7. ACTIVITÉS SPORTIVES À RISQUES

9-7-1. Risques exclus pour l'ensemble des garanties

les conséquences de la pratique, en qualité d'amateur ou de professionnel (cf article 3), des sports suivants : le base jumping, le plongeon de falaise.

9-7-2. Risques exclus en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité

- **les conséquences de la pratique de sports réalisés à titre professionnel ;**
- **les disciplines équestres suivantes : saut d'obstacles en concours ou compétition, chasse à courre, concours complet, course attelée, endurance, endurance en attelage, hunter, polo, poursuite par équipe.**

9-7-3. Risques sportifs spécifiques

La pratique des sports, activités ou loisirs suivants, même occasionnelle, peut être couverte à la demande de l'assuré et sous réserve d'acceptation par l'assureur, après étude préalable et application éventuelle de conditions particulières (à l'exception des baptêmes et initiations qui sont couverts d'office) :

- Les sports automobiles : courses sur circuit, courses de voiture de tourisme ou de sport, courses de dragsters, karting avec compétition, tout autre sport automobile ;
- Les sports moto : courses sur circuit, courses d'enduro, courses de motocross, quad avec compétition, courses sur glace, courses de scooter ou cyclomoteur, course de trial, tout autre sport moto ;
- Les sports aériens en qualité de pilote : aviation, hélicoptère, planeur, vol à voile, montgolfière, aérostation, autogire, gyroplane, ultraléger motorisé, deltaplane, parapente, parachutisme, paravoile, tout autre vol motorisé ou non ;
- Les sports nautiques : plongée subaquatique, canoë avec compétition, kayak avec compétition, jet ski avec compétition, kite-surf avec compétition, yachting avec compétition, ski nautique avec compétition, motonautisme avec compétition ;
- Les sports de montagne : escalade, varappe, alpinisme, trekking, luge de course avec compétition, bobsleigh avec compétition, skeleton avec compétition, motoneige avec compétition, ski alpin avec compétition, ski de fond avec compétition, ski freestyle ;
- Les sports extrêmes : canyoning, rafting en eau vive, saut à l'élastique, tout autre sport extrême ;
- Le raid aventure, la spéléologie, le VTT avec compétition, le BMX avec compétition, le MTB avec compétition, le bodybuilding avec compétition, le culturisme avec compétition, l'haltérophilie avec compétition, la chasse au gros gibier hors Europe.

Lorsque la couverture de l'un de ces sports est accordée par l'assureur, les conditions d'assurabilité seront portées sur le certificat d'adhésion.

9-7-4. Dispositions spéciales : modalités d'indemnisation en cas d'incapacité temporaire totale de travail résultant de la pratique de certains sports en amateur

En cas d'incapacité de travail consécutive à la pratique d'un des sports suivants en qualité d'amateur il sera fait application d'une franchise absolue de 90 jours, si la franchise choisie est inférieure :
l'aïkido, le hapkido, le jiu-jitsu, le karaté, le kick boxing, le kung-fu, le taekwondo, le viet-vo-dao, la savate, la lutte (quelle qu'elle soit), la boxe (quelle qu'elle soit), le catch, le rugby (quel qu'il soit) ainsi que les disciplines équestres suivantes : gymkhana, équifun, voltige, horse-ball, pentathlon moderne, ski-joëring, yoseikan-bajutsu, équitation western.

Article 10 LES PRESTATIONS

Formalités à remplir pour obtenir le paiement des prestations

10-1. DÉCLARATIONS ET DÉLAIS DE FORCLUSION

En ce qui concerne les garanties en cas d'invalidité ou de PTIA, il appartient à l'assuré, ou à ses ayants droit, de faire parvenir à l'assureur une déclaration dans les deux mois qui suivent la consolidation médicale de cet état.
Pour obtenir le versement des indemnités journalières ou la prise en charge des cotisations en cas d'incapacité temporaire totale, la déclaration de l'arrêt de travail doit être faite à l'adresse postale de l'assureur avant l'expiration de
la période de franchise prévue pour ces garanties. De la même façon, toute prolongation d'arrêt de travail doit être déclarée à l'assureur avant la fin de la période qu'elle couvre, cette période ne pouvant dépasser un mois.

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

10-2. PIÈCES À FOURNIR POUR OBTENIR LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

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

- toute(s) pièce(s) ou document(s) officiel(s) réclamé(s) par l'assureur justifiant de l'identité du ou des bénéficiaire(s) ;
- un extrait de l'acte de décès de l'assuré ;
- le certificat d'adhésion original ;
- tout document établissant si possible les causes exactes du décès ;
- le cas échéant, l'attestation fiscale ad hoc permettant le règlement des capitaux décès ;
- tous formulaires requis et fournis par l'assureur pour la gestion des sinistres.

En ce qui concerne les garanties « Rente Viagère », « Rente Éducation » et « Rente de Conjoint », devront également être adressées annuellement les pièces supplémentaires suivantes pour le paiement des rentes :

- certificat de vie de l'enfant, du conjoint ou de tout autre bénéficiaire, selon la garantie choisie ;
- justification de la poursuite des études pour le versement de la rente éducation jusqu'au 28ème anniversaire de l'enfant bénéficiaire ;
- une attestation du paiement de l'allocation d'éducation spéciale ou de l'allocation d'adulte handicapé prévue au Code de la Sécurité Sociale afin de bénéficier de la majoration prévue au titre de la garantie « Rente Education ».

10-3. PIÈCES À FOURNIR POUR OBTENIR LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS EN CAS DE PTIA DE L'ASSURÉ

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

- s'il s'agit d'un assuré relevant du Régime Général de la Sécurité Sociale en tant que salarié, la notification du classement en 3ème catégorie mentionnant l'assistance d'une tierce personne ;
- s'il s'agit d'un assuré ne relevant pas du régime précité, toutes les pièces médicales et tous les documents administratifs attestant que l'assuré est définitivement incapable d'exercer la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit, et que son état l'oblige à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante ;
- un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ;
- tous formulaires ou documents fournis et/ou demandés par l'assureur pour la gestion des sinistres.

10-4. PIÈCES À FOURNIR POUR OBTENIR LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS OU DE PTIA DE L'ASSURÉ PAR ACCIDENT

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

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

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

10-5. PIÈCES À FOURNIR POUR OBTENIR LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS LIÉES À L'INVALIDITÉ PERMANENTE ET À L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL DE L'ASSURÉ

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

- un certificat médical de son médecin traitant précisant le motif et la durée de son arrêt de travail et le cas échéant, le lien entre la rechute ou la récidive et la pathologie à l'origine de l'incapacité temporaire de travail initiale;
- les bordereaux de paiement en espèces émanant de l'organisme de régime obligatoire et facultatif auquel il est affilié ou tous documents administratifs ou médicaux pouvant attester d'une cessation temporaire ou définitive d'activité ;
- un bulletin d'hospitalisation (à domicile ou en hôpital) pour l'application de la franchise hospitalisation ;
  Les bulletins de situation d'hospitalisation à domicile doivent être délivrés par un établissement hospitalier agréé chargé de gérer l'hospitalisation à domicile.
- un justificatif de la Sécurité Sociale des Indépendants (RSI) attestant que l'assuré a épuisé ses droits à prestations pour le versement des « Indemnités Journalières Relais Professionnel » ;
- les déclarations fiscales ou avis d'imposition des deux années précédant l'événement pour toute indemnité journalière ou rente d'invalidité en mode indemnitaire ;
- un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ;
- tous formulaires fournis par l'assureur et tous documents complémentaires nécessaires à la gestion des sinistres.
  Les prolongations sont admises pour une durée d'un mois au maximum.

10-6. PIÈCES À FOURNIR POUR OBTENIR LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS LIÉES À LA GARANTIE « ALLOCATION ENFANT HOSPITALISÉ »

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

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

10-7. PIÈCES À FOURNIR POUR OBTENIR LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS LIÉES À LA GARANTIE « ALLOCATION HOSPITALISATION »

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

10-8. CONTRÔLE - EXPERTISE

Préalablement à tout règlement de prestations ou prise en charge des cotisations effectués au titre des garanties incapacité temporaire de travail, perte totale et irréversible d'autonomie, invalidité permanente et exonération du paiement des cotisations d'assurance, l'assureur se réserve le droit de soumettre, à ses frais, l'assuré à une expertise médicale auprès d'un médecin expert indépendant désigné par l'Assureur en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à la Réunion ou en principauté de Monaco. En cas de PTIA, les expertises diligentées par l'assureur pourront également être effectuées en Polynésie française, ou en Nouvelle-Calédonie. Les frais de déplacement de l'assuré resteront à la charge de celui-ci.
Si l'assuré, en raison de son état de santé, ne peut se déplacer, le médecin désigné devra avoir libre accès auprès de l'assuré afin de l'examiner.
En cas de désaccord entre les médecins de l'assuré et celui mandaté par l'assureur sur l'état de santé de l'assuré, il pourra être procédé à un arbitrage après accord des parties. L'assureur proposera une liste de trois médecins experts, dans laquelle l'assuré choisira lui-même celui qui arbitrera son dossier. Les honoraires du médecin arbitre seront supportés pour moitié par l'assuré, et pour l'autre moitié par l'assureur.

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

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

Article 11 LES DROITS QUI PROTÈGENT L'ASSURÉ

11-1. DROIT DE RENONCIATION

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que son adhésion est conclue. L'adhésion au contrat est conclue à la date d'encaissement de la 1ère cotisation.
Ce délai expire le dernier jour à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception envoyée au Siège social de l'assureur, ou un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception à recommande_électronique_serv@aviva.com rédigé(e) par exemple selon le modèle suivant :

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

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

11-2. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données personnelles communiquées par les personnes intéressées ou générées du fait du contrat, sont conservées par le responsable de traitement conformément à la durée nécessaire à l'exécution du contrat et des prescriptions légales.
L'ensemble des durées de conservation des données personnelles se trouve sur le site internet d'Aviva (rubrique « mentions légales »).
L'adhérent et l'assuré peuvent demander l'accès, la rectification de leurs données personnelles ainsi que dans certains cas, l'effacement et la limitation de traitement de leurs données.
L'adhérent et l'assuré peuvent demander le retrait de leur consentement au traitement précédemment donné.
L'adhérent et l'assuré peuvent s'opposer au traitement de leurs données personnelles dans les cas prévus par la réglementation, notamment lors des opérations de gestion commerciale des clients et prospection commerciale.
L'adhérent et l'assuré peuvent également demander la portabilité des données personnelles qu'ils ont fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque leur consentement était requis.
Pour exercer ces droits, il est nécessaire d'écrire à Aviva Vie - Service Réclamations - TSA 72710 - 92895 NANTERRE CEDEX 9 - Email : protectiondesdonnees@aviva.com.
En cas de communication de données médicales lors de la passation ou l'exécution du contrat d'assurances, l'assuré peut demander l'accès et la rectification, à ces données en écrivant à : Aviva Vie - VGED - 70 avenue de l'Europe - 92270 Bois-Colombes à l'attention du Médecin Conseil.
En cas de désaccord persistant concernant leurs données personnelles, l'adhérent et l'assuré ont le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - www.cnil.fr.
La collecte et le traitement des données personnelles, nécessaires à la conclusion du contrat et au respect par l'assureur de ses obligations légales, ont pour finalité :
- la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ;
- la lutte contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme.

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

11-3. DROIT D'INFORMATION

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

11-4. DROIT D'OPPOSITION AU DÉMARCHARGE TÉLÉPHONIQUE

Si l'assuré ou l'adhérent ne souhaite plus faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, il a la possibilité de s'inscrire auprès d'OPPOSETEL, organisme chargé de la gestion de la liste d'opposition au démarchage

téléphonique . Cette inscription peut se faire par l'envoi d'un courrier à l'adresse suivante : Société OPPOSETEL - Service BLOCTEL, 6 rue Nicolas Siret, 10000 TROYES, ou depuis le site internet : www .bloctel .gouv .fr

11-4. RECOURS EN CAS DE LITIGE

Si vous avez une interrogation sur votre contrat d'assurance ou si vous vous êtes insatisfait des services d'Aviva ou de votre conseiller, prenez d'abord contact avec votre interlocuteur habituel.
Si vous n'êtes pas satisfait de la réponse qui vous a été apportée ou si votre problème persiste, n'hésitez pas à vous adresser au service dédié à la satisfaction des clients, selon le canal de votre choix :

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

Parce que la satisfaction de nos clients est ce qui compte le plus à nos yeux, nous mettrons tout en œuvre pour traiter votre demande le plus rapidement possible.
Votre démarche nous permettra aussi éventuellement d'améliorer les services à l'ensemble de nos clients.
Conformément à la Recommandation sur le traitement des réclamations émise par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, le délai pour accuser réception de votre réclamation est de 10 jours ouvrables (sauf si une réponse vous est adressée dans ce délai) et le délai pour vous apporter une réponse définitive est de 2 mois, sauf circonstances particulières dont vous serez informé. Nous nous engageons à respecter ces délais.
Si vous n'êtes pas satisfait de la réponse qui vous est apportée par le Service Réclamations, vous avez la possibilité de saisir le Médiateur de l'Assurance, soit par courrier (La Médiation de l'Assurance | TSA 50110 | 75441 Paris Cedex 09), soit en remplissant le formulaire disponible sur le site de la Médiation de l'Assurance (https://www.mediation-assurance.org).
Conformément à la Charte de la Médiation de l'Assurance disponible sur le site de la Fédération Française de l'Assurance, la saisine du Médiateur de l'Assurance est gratuite et ouverte aux consommateurs et est gratuite mais elle ne peut intervenir qu'après nous avoir adressé une réclamation.

11-6. ORGANISME DE CONTRÔLE

L'assureur est contrôlé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Les éventuels différends peuvent être portés devant l'ACPR - 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09 - www.acpr.banque-france.fr

11-7. PRESCRIPTION

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter :
1 - de l'événement qui y donne naissance,
2 - ou, en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du jour où l'assureur en a eu connaissance,
3 - ou, en cas de sinistre, du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là, sauf en cas d'application des dispositions particulières aux départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle prévues à l'article L192-1 du Code des assurances portant ce délai de deux ans à cinq ans en matière d'assurance sur la vie.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent et dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.
En tout état de cause, pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.
Par ailleurs, l'article L 114-2 du Code des assurances précise que « la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ».
L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée par l'assuré au Siège Social de l'assureur ou d'un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception envoyé à recommande_electronique_serv@aviva.com, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

11-7. FISCALITÉ

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

11-8. PARTICIPATION AUX BÉNÉFICES TECHNIQUES ET FINANCIERS

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

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

Lorsque les bénéficiaires sont des personnes physiques, et dès lors que les garanties ci-après nommées sont en vigueur à la date du décès, le capital décès (pour la Garantie « Capital Décès »), le capital constitutif de la rente prévue en cas de décès de l'assuré (pour les garanties « Rente Viagère », « Rente de Conjoint », « Rente Education »), sont revalorisés, conformément aux dispositions visées à l'article L. 132-5 du Code des Assurances, à compter de la date du décès jusqu'à la date de réception de l'ensemble des pièces nécessaires au règlement du capital décès ou à la mise en place de la rente, ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital ou de ce capital constitutif de la rente à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L. 132-27-2 du Code des Assurances. Cette revalorisation est effectuée, prorata temporis, à un taux, net de frais, déterminé, pour chaque année civile, conformément aux dispositions de l'article R. 132-3-1 du Code des Assurances.

11-10. INFORMATION RELATIVE AUX CAPITAUX DÉCÈS EN DÉSHÉRENCE

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

Aviva Senséo Prévoyance Médical

Annexe 1 à la Notice valant Note d'Information

Cas particulier de l'assuré présentant un taux d'incapacité fonctionnelle supérieur au taux d'incapacité professionnelle :
Par dérogation aux dispositions visées à l'article 8.15 d/ de la présente Notice valant Note d'Information, si exceptionnellement l'assuré présentait un taux d'incapacité fonctionnelle supérieur au taux d'incapacité professionnelle, le taux d'invalidité serait alors apprécié en fonction de :

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

• l'incapacité fonctionnelle physique ou mentale

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

• l'incapacité professionnelle

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

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

Il n'est pas tenu compte de la capacité restante à exercer une autre profession ni des possibilités éventuelles de reclassement professionnel.
Le taux d'invalidité ouvrant droit au service de la rente est fixé en dehors de toute référence aux régimes d'assurance maladie obligatoires.
Le taux « T » d'invalidité est déterminé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle conformément au tableau ci-après :

Taux d'incapacité professionnelle	**Taux d'incapacité fonctionnelle**									
	10	**20**	**30**	**40**	**50**	**60**	**70**	**80**	**90**	**100**
10	10,00	13,95	18,05	23,10	29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20	11,05	20,00	24,34	31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30	12,16	22,35	30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	13,13	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	14,24	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	15,65	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	17,12	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	18,95	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	21,15	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	24,02	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

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

AVIVA

Aviva Vie
Société Anonyme d'Assurances Vie et de Capitalisation au capital social de 1 205 528 532,67 euros
Entreprise régie par le Code des assurances
Siège social : 70 avenue de l'Europe
92270 Bois-Colombes
732 020 805 RCS Nanterre

Aviva Assurances
Société Anonyme d'Assurances Incendie, Accidents et Risques Divers - au capital social de 178 771 908,38 euros
Entreprise régie par le Code des assurances
Siège social : 13 rue du Moulin Bailly
92270 Bois-Colombes
306 522 665 R.C.S. Nanterre

ADER
*(**A**ssociation pour le **D**éveloppement de l'**E**pargne pour la **R**etraite)*
Association sans but lucratif régie par la loi du 1er juillet 1901
Siège social : 24-26 rue de la Pépinière
75008 Paris

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

V5620-D - (04/2019)

Aviva Senséo Prévoyance Médical

Convention d'assistance

(Annexe n° 1002 - 0211 - A84)

L'ensemble des services décrits dans la présente convention suit le sort du contrat Aviva Senséo Prévoyance Médical et Aviva Senséo Prévoyance Médical « Loi Madelin » auquel il se rattache. Toutefois, en cas de résiliation de la convention passée entre Aviva Vie et Aviva Assurances le service et les prestations en cours cesseront dès l'échéance suivante de votre contrat Aviva Senséo Prévoyance Médical et Aviva Senséo Prévoyance Médical « Loi Madelin ».
La convention d'assistance est un contrat d'assurance relevant de la branche 18 (assistance) définie à l'article R.321-1 du Code des assurances.
Les prestations de la convention d'assistance souscrites par Aviva Vie auprès d'Aviva Assurances sont mises en oeuvre par le service « Aviva Assistance ».

A. MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les prestations d'assistance ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'assisteur. Aucune dépense effectuée d'autorité par l'assuré ou un bénéficiaire ne sera remboursée.
Les bénéficiaires devront se conformer aux solutions que l'assisteur aura préconisées.
La durée de toute prestation d'assistance sera déterminée si nécessaire par le Médecin Conseil du service « Aviva Assistance ». Les services d'assistance seront mis en oeuvre sur présentation d'un justificatif :

- pour les demandes relatives à une hospitalisation imprévue, au vu d'un certificat d'hospitalisation,
- pour les services accordés en cas d'immobilisation imprévue, au vu d'un certificat médical d'immobilisation ou d'un certificat médical d'arrêt de travail.

Les bénéficiaires fourniront par ailleurs tous les justificatifs originaux des dépenses dont ils demandent le remboursement.
Pour bénéficier d'un service d'assistance, l'assuré doit contacter le service « Aviva Assistance » aux coordonnées suivantes :

Par téléphone : 0 825 80 48 48
(Service 0,15 **E**/mn + prix d'appel) (France métropolitaine uniquement)
ou **01 41 32 21 56**
ligne accessible 7j/7 et 24h/24
Par e-mail : **aviva-assistance@aviva.fr**

B. DÉFINITIONS ET DOMAINE D'APPLICATION DE LA GARANTIE

LES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE

- l'assuré du contrat Aviva Senséo Prévoyance Médical et Aviva Senséo Prévoyance Médical « Loi Madelin »,
- le conjoint de l'assuré,
- les enfants fiscalement à charge de l'assuré,
- les ascendants directs dépendants de l'assuré, résidant en **France métropolitaine ou à Monaco** et vivant habituellement sous le même toit.

LE CONJOINT DE L'ASSURÉ(E)
Est l'époux, l'épouse, la personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité, ou le concubin sous réserve qu'il s'agisse d'un concubinage notoire avec fourniture d'une attestation de domicile commun.

LA COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE
Les prestations ne peuvent être mises en oeuvre qu'en **France métropolitaine et à Monaco** et exclusivement pour les personnes qui y résident.

LE DOMICILE
Le lieu de résidence principale et habituelle des bénéficiaires doit être situé en France métropolitaine ou à Monaco.

L'ACCIDENT
Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du bénéficiaire, résultant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

LA MALADIE
Toute altération soudaine et imprévisible de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

LA MALADIE GRAVE
La maladie grave correspond à une Affection Longue durée qui est définie par l'article L 324 du Code de la Sécurité Sociale, il s'agit des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste de 30 affections de longue durée (ALD 30) établie par décret.

L'HOSPITALISATION IMPRÉVUE
Toute hospitalisation d'une durée supérieure à 24 heures en hôpital ou en clinique, consécutive à une maladie ou à un accident, **et dont la survenance n'était pas connue du bénéficiaire 5 jours avant son déclenchement.**

L'INVALIDITÉ
Réduction définitive des capacités physiques ou mentales de manière permanente totale ou partielle. S'agissant d'une réduction définitive elle doit être constatée médicalement après consolidation en France métropolitaine ou à Monaco. **Les prestations décrites au titre D3 de la présente convention d'assistance seront déclenchées à partir de 10 % d'invalidité.**

LA VALIDITÉ DE LA GARANTIE
La garantie « assistance » est acquise exclusivement pendant la durée de validité de l'adhésion au contrat Aviva Senséo Prévoyance Médical et Aviva Senséo Prévoyance Médical « Loi Madelin » et de l'accord liant l'assisteur et Aviva Vie.
Elle arrive à échéance, est renouvelée ou résiliée, à la même date et dans les mêmes conditions que celles visées dans la Notice valant Note d'Information Aviva Senséo Prévoyance Médical et Aviva Senséo Prévoyance Médical « Loi Madelin ».

C. EXÉCUTION DES PRESTATIONS

L'assisteur ne peut pas intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés par les organismes primaires d'urgence et ne prend donc pas en charge les frais correspondants. Les frais éventuels de liaison en taxi sont compris dans les plafonds définis pour chaque prestation.

D. PRESTATIONS D'ASSISTANCE

1. En cas d'hospitalisation imprévue, immobilisation au domicile ou décès de l'assuré ou de son conjoint

Les prestations suivantes sont fournies à l'assuré ou à son conjoint dans les cas suivants :

- immobilisation au domicile supérieure à 5 jours,
- décès,
- hospitalisation imprévue de plus de 2 jours consécutifs (portée à plus de 4 jours pour la prestation « Aide à domicile »).

1.1 Garde d'enfants à domicile

1.1-a) L'assisteur met à disposition et prend en charge les services d'une assistante maternelle compétente à domicile pour une période de deux jours maximum, du lundi au samedi (hors dimanche et jours féries) entre 8h et 19h.
Pendant cette période, l'assisteur se charge le cas échéant d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, deux fois par jour.

1.1-b) L'assisteur organise et prend en charge :

- soit le voyage des enfants ou petits-enfants de moins de 15 ans jusqu'au domicile d'un proche résidant en France métropolitaine ou à Monaco,
- soit le transport aller et retour dudit proche jusqu'au domicile de l'assuré, pour garder les enfants (transport en train 1ère classe ou avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé).

Les prestations de prise en charge d'une assistante maternelle et de prise en charge des enfants par un proche ne se cumulent pas entre elles.

1.2 Présence au chevet

Si personne ne peut rester au chevet de l'assuré et/ou de son conjoint l'assisteur organise et prend en charge le voyage aller/retour en train 1ère classe ou avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé, d'une personne au choix de l'assuré résidant en France métropolitaine ou à Monaco, afin qu'elle se rende sur le lieu d'hospitalisation ou au domicile de l'assuré. De même, en cas de **décès de l'assuré ou de son conjoint**, si personne ne se trouve sur place pour effectuer les démarches consécutives audit décès, l'assisteur organise et prend en charge le voyage aller et retour en train 1ère classe ou avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé, d'un proche désigné par la famille et résidant en France métropolitaine ou à Monaco, pour se rendre sur le lieu du décès.

1.3 Garde ou transfert de personnes dépendantes résidant au domicile de l'assuré

Si les personnes dépendantes à charge résidant habituellement au domicile principal de l'assuré ne peuvent s'organiser seules ou ne peuvent être prises en charge par une personne de l'entourage de l'assuré, l'assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde de ces personnes dépendantes pendant deux jours, entre 8 h et 19 h,
- soit le coût du transport de ces personnes chez un proche, résidant en France métropolitaine ou à Monaco,
- soit le transport aller et retour d'un proche jusqu'au domicile de l'assuré, pour garder ces personnes (transport en train 1ère classe ou avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé).

1.4 Garde des animaux familiers (chiens et chats)

L'assisteur organise leur gardiennage à domicile ou dans un centre agréé dans un rayon de 50 km du domicile, jusqu'à un maximum de **30 jours**.

Le coût du gardiennage reste à la charge de l'assuré.

Dès l'appel téléphonique, l'assisteur met tout en oeuvre pour répondre au plus vite à la demande. Toutefois, l'assisteur se réserve un délai de 5 heures maximum à partir de l'heure d'ouverture des réseaux de garde.

1.5 Aide à domicile

L'assisteur met à disposition de l'assuré et ou de son conjoint une aide à domicile jusqu'à concurrence d'un maximum de 30 heures.

La répartition des heures s'effectuera avec un minimum de 2 heures consécutives par jour du lundi au samedi de 8 h à 19 h, dans les 30 jours calendaires suivant l'évènement.

Cette prestation s'applique également pour une maternité entraînant une hospitalisation de plus de 8 jours, dans les 30 jours calendaires qui suivent l'évènement.

1.6 Accueil des clients sur le lieu d'activité de l'assuré

Si l'assuré n'a pas de secrétariat dans l'exercice habituel de sa profession, l'assisteur prend en charge les frais de mise à disposition sur le lieu de travail d'une personne qui assurera exclusivement l'accueil physique et téléphonique sur place des clients pendant 2 jours maximum. L'assisteur pourra mettre en relation l'assuré avec les organismes compétents pour que celui-ci organise avec eux la prestation.

En cas de décès de l'assuré, la demande de prestation devra intervenir dans les trois jours qui suivent ledit décès.

2. En cas de situation difficile de l'assuré ou de son conjoint

2.1 Un soutien psychologique

Les prestations suivantes sont fournies si l'assuré ou son conjoint sont confrontés à une situation difficile telle que :

- agression (ayant entrainé le dépôt d'une plainte),
- accident ou maladie grave,
- décès, le touchant lui-même ou touchant **son conjoint, ses enfants ou ses parents**.

L'accompagnement proposé est limité à 3 entretiens téléphoniques au plus et dans tous les cas le premier appel doit intervenir dans les 3 mois qui suivent l'agression, l'accident, la maladie grave ou le décès.

Le soutien psychologique est assuré par un psychologue clinicien du réseau de l'assisteur, qui aidera le bénéficiaire de cette prestation à identifier, évaluer et mobiliser ses ressources personnelles, familiales, sociales et médicales pour traverser ce moment difficile.

La prestation est rendue par téléphone, sur simple appel, un rendez-vous est pris avec un psychologue qui rappellera pour entamer la démarche.

Les entretiens se déroulent en toute confidentialité et dans le respect des codes de déontologie en vigueur. Si la situation du bénéficiaire nécessite un suivi à plus long terme par un praticien de terrain, le psychologue l'orientera vers son médecin traitant.

3. En cas d'invalidité partielle ou totale de l'assuré ou de son conjoint

3.1 Services à domicile

A la demande de l'assuré, l'assisteur peut apporter conseil et aide dans l'organisation de l'habitat, notamment :

3.1-a) Recherche et mise à disposition du matériel médical prescrit,

3.1-b) Bilan de vie et audit de l'habitat :

L'assisteur réalise **par téléphone** un bilan de vie pour mieux connaître et évaluer la situation du domicile du bénéficiaire, afin de lui proposer des solutions en adéquation avec ses besoins.

Le bilan de vie mesure le contexte dans lequel le bénéficiaire évolue, ainsi que les ressources dont il dispose. Il permet de connaître les habitudes de vie du bénéficiaire (comment se nourrit-il, reçoit-il des visites régulières...), son environnement familial (composition, proximité géographique), et d'évaluer le contexte matériel et affectif dans lequel il vit ainsi que les contacts qu'il a conservé avec la vie extérieure.

Il permet enfin d'évaluer si le logement du bénéficiaire est adapté ou non à son état et d'identifier les aménagements qu'il pourrait être nécessaire d'y effectuer.

Si le bilan de vie fait ressortir que des aménagements sont nécessaires pour le maintien à domicile du bénéficiaire, l'assisteur organise et prend en charge l'intervention d'un ergothérapeute du réseau de l'assisteur, pour préciser les moyens nécessaires au maintien à domicile (aménagement douche à niveau, lit médicalisé, rampe d'accès, télé-assistance ...) et établir un devis des travaux à effectuer.

Cette prestation fournie par l'ergothérapeute est prise en charge dans la limite de 300 €.

A ce stade, les aménagements qui pourraient être décidés par le bénéficiaire ou ses proches restent à la charge du bénéficiaire.

3.1-c) Une formation pratique à domicile :

L'assisteur propose l'intervention d'une infirmière du réseau de l'assisteur, au domicile de l'assuré afin de montrer et d'expliquer, à son proche, les bons gestes à effectuer et la bonne attitude à adopter vis-à-vis de la personne invalide.

L'intervention de l'infirmière à domicile se déroule en deux phases de deux heures :

- la première phase est consacrée à travailler avec le bénéficiaire uniquement sur différents thèmes (hygiène de vie, transferts et déplacements, toilette, habillage, repas…),
- la deuxième phase est destinée à mettre en pratique les différents thèmes avec la personne aidée.

Cette prestation est prise en charge dans la limite de 250 €. Les coûts occasionnés par ces prestations restent à la charge de l'assuré (achat ou location de matériel, livraison…).

4. Enfant de l'assuré ou de son conjoint immobilisé suite à une maladie ou une blessure

4.1 Garde d'enfants malades à domicile

La Garde d'Enfants Malades à Domicile est un service qui permet à l'assuré de continuer à assurer son activité professionnelle si l'un de ses enfants est malade ou blessé, et s'il a besoin d'une personne à domicile à son chevet.

L'assisteur recherche et envoi une personne compétente afin d'assurer cette garde pendant 2 jours maximum du lundi au samedi de 8h à 19h.

Cette prestation ne s'applique qu'au-delà des jours accordés par la Convention Collective de l'assuré en cas d'absences liées aux charges de famille.

CONDITIONS MÉDICALES ET ADMINISTRATIVES

L'assuré doit adresser à l'assisteur pour chaque demande un certificat médical indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant.

De plus, l'assuré doit autoriser la personne qui garde l'enfant à joindre l'assisteur par téléphone autant de fois que nécessaire.

DÉLAI DE MISE EN PLACE

L'assisteur se réserve un délai maximum de 5 heures à partir de l'heure d'ouverture des réseaux d'assistantes maternelles agréées, afin de rechercher et d'acheminer la personne qui assurera la garde de l'enfant.

POUR CE SERVICE, SONT EXCLUES LES MALADIES :

- **préexistantes diagnostiquées et/ou traitées, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance,**
- **nécessitant des soins médicaux relevant d'un service d'infirmière ou d'infirmerie à domicile,**
- **relevant de l'hospitalisation à domicile.**

A la demande de l'assuré, l'assisteur met à disposition d'un membre de la famille ou d'une personne désignée, un billet de train aller et retour 1ère classe ou d'avion

V5620-D - (04/2019)

classe économique (lorsque seul ce moyen peut être utilisé) pour lui permettre de se rendre au chevet de l'enfant, au départ de France métropolitaine ou de Monaco.

Cette prestation ne se cumule pas avec la mise à disposition d'une assistante maternelle.

E. DISPOSITIONS GÉNÉRALES CONCERNANT L'ASSISTANCE

1. Exclusions

Outre les exclusions précisées dans la Notice valant Note d'Information du contrat Aviva Senséo Prévoyance Médical et Aviva Senséo Prévoyance Médical « Loi Madelin », sont exclus :

- **les tentatives de suicide,**
- **les états résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement ou d'alcool,**
- **les accidents liés à la pratique d'un sport dans le cadre d'une compétition officielle organisée par une Fédération Sportive et pour laquelle une licence est délivrée,**
- **les frais engagés par l'assuré ou ses proches sans accord préalable de l'assisteur.**

2. Circonstances exceptionnelles

L'assisteur et Aviva Vie ne peuvent être tenu pour responsables des manquements à l'exécution des prestations dues à des cas de force majeure, à des interdictions décidées par les autorités locales ou à des grèves.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration intentionnelle et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité de la garantie.

L'assisteur n'interviendra pas si l'assuré a commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur en France.

Les autres dispositions de la Notice valant Note d'Information restent applicables.

AVIVA

Aviva Vie
Société Anonyme d'Assurances Vie et de Capitalisation au capital social de 1 205 528 532,67 euros
Entreprise régie par le Code des assurances
Siège social : 70 avenue de l'Europe
92270 Bois-Colombes
732 020 805 RCS Nanterre

Aviva Assurances
Société Anonyme d'Assurances Incendie, Accidents et Risques Divers - au capital social de 178 771 908,38 euros
Entreprise régie par le Code des assurances
Siège social : 13 rue du Moulin Bailly
92270 Bois-Colombes
306 522 665 R.C.S. Nanterre

ADER
*(**A**ssociation pour le **D**éveloppement de l'**E**pargne pour la **R**etraite)*
Association sans but lucratif régie par la loi du 1er juillet 1901
Siège social : 24-26 rue de la Pépinière
75008 Paris

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

V5620-D - (04/2019)

Aviva Vie
Société Anonyme d'Assurances Vie et de Capitalisation au capital social de 1 205 528 532,67 euros Entreprise régie par le Code des assurances
Siège social : 70 avenue de l'Europe
92270 Bois-Colombes
732 020 805 RCS Nanterre

Aviva Assurances
Société Anonyme d'Assurances Incendie, Accidents et Risques Divers au capital social de 178 771 908,38 euros Entreprise régie par le Code des assurances
Siège social : 13 rue du Moulin Bailly
92270 Bois-Colombes
306 522 665 R.C.S. Nanterre

ADER
*(**A**ssociation pour le **D**éveloppement de l'**E**pargne pour la **R**etraite) Association sans but lucratif régie par la loi du 1er juillet 1901*
Siège social : 24-26 rue de la Pépinière
75008 Paris

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

V5620-D - (04/2019) - Imprimeur : Graphic Rivière - 37420 Avoine