

Notice

Aviva Emprunteur

> ARTICLE 1 - PRÉAMBULE

AVIVA EMPRUNTEUR est un contrat collectif d'assurance sur la vie à adhésion facultative régi par le Code des Assurances : branches 20 (vie - décès), 1 (accident) et 2 (maladie). Il est souscrit auprès d'AVIVA COURTAGE (siège social : 70 avenue de l'Europe - 92273 Bois-Colombes cedex) ci-après dénommé l'assureur, par l'ADER (Association pour le Développement de l'Épargne pour la Retraite), 26 rue Cambacérès - 75008 Paris. Cette association, régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901, a pour objet d'étudier et de mettre en oeuvre tous les moyens propres à la réalisation et à la gestion de tout régime de retraite et de prévoyance au profit de ses adhérents. Différentes informations concernant l'association sont disponibles sur le site www.aviva-vie.fr, notamment ses statuts et la composition de son conseil d'administration.

Le contrat AVIVA EMPRUNTEUR, identifié sous le n° 2.603.449, a été souscrit le 01.04.2008 pour une période se terminant le 31.12.2008. Il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction à effet du 1^{er} janvier, sauf dénonciation par l'une des parties contractantes (c'est-à-dire l'assureur ou l'association) notifiée par lettre recommandée. Cette lettre doit être envoyée au moins 3 mois avant la date de renouvellement. La date d'envoi de la lettre recommandée marque le départ du délai de préavis.

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

Tout adhérent au contrat AVIVA EMPRUNTEUR se verra remettre le présent document qui définit les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à remplir en cas de sinistre. Les droits et obligations de l'adhérent peuvent être modifiés par avenants au contrat. Ces avenants seront adoptés, en accord avec l'assureur, par l'ADER, représentée par son Président ou par une autre personne habilitée.

En cas de modification se rapportant aux droits et obligations des adhérents, ces derniers en seront également informés par écrit au moins 3 mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur. S'il le souhaite, l'adhérent pourra dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

> ARTICLE 2 - OBJET DU CONTRAT ET CONDITIONS D'ADHÉSION

Le contrat AVIVA EMPRUNTEUR a pour objet, moyennant le paiement de cotisations, de garantir les bénéficiaires de prêts personnels ou professionnels (à l'exception des prêts revolving, des découverts et des prêts à la consommation) contre les risques décès, perte totale et irréversible d'autonomie, invalidité permanente totale, invalidité professionnelle pour les professions médicales et paramédicales, invalidité permanente partielle et incapacité temporaire totale.

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

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

Les garanties du contrat AVIVA EMPRUNTEUR sont décrites à l'article 5.

CONDITIONS D'ADHÉSION :

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

- Être âgé de 18 ans au moins (pour les âges maxima, voir tableau à l'article 4.6) ;
- Résider en France métropolitaine, dans un Département d'Outre-mer ou en principauté de Monaco ;
- Avoir contracté un emprunt, un crédit-bail ou en être caution auprès d'un établissement financier situé en France ;
- Avoir satisfait aux formalités médicales et communiqué les informations financières demandées par l'assureur.

En outre :

- Le capital payable en cas de décès, pour un même assuré, doit être compris entre 15 000 € et 749 999 € ;
- La quotité assurée ne peut excéder 100% de l'emprunt par assuré ;
- Le prêt doit être libellé en Euros et rédigé en français.

Les personnes résidant dans un Territoire d'Outre-mer, peuvent adhérer au contrat AVIVA EMPRUNTEUR et être assurées pour les seules garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, sous réserve de satisfaire aux conditions décrites ci-avant.

> ARTICLE 3 - DÉFINITIONS

ACCIDENT :

Par accident, on entend toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

ADHÉRENT :

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

AGE :

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

ASSURÉ :

Personne physique sur laquelle repose l'assurance.

BÉNÉFICIAIRE :

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

- En cas de décès, perte totale et irréversible d'autonomie, invalidité permanente totale, ou invalidité professionnelle, le bénéficiaire des prestations est :

- l'organisme prêteur à concurrence des sommes dues, et,
- pour le solde éventuel, les personnes physiques désignées par l'adhérent.

- En cas d'invalidité permanente partielle ou d'incapacité temporaire totale de travail, le bénéficiaire est l'assuré.

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

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

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

Sauf précision de la part de l'adhérent, après règlement à l'organisme prêteur, le solde éventuel dû en cas de décès, sera réglé : **au conjoint de l'assuré ; à défaut, aux enfants nés ou à naître de l'assuré, par parts égales entre eux, vivants ou représentés ; à défaut, aux héritiers de l'assuré selon dévolution successorale.**

CERTIFICAT D'ADHÉSION :

Document émis par l'assureur et remis ou envoyé à l'adhérent, matérialisant son adhésion au contrat AVIVA EMPRUNTEUR. Ce document indique notamment la date d'effet des garanties, leur nature, leur étendue, leur durée, leur montant ainsi que le détail des cotisations.

CONJOINT :

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

CONSOLIDATION :

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

ÉCHÉANCES DU PRÊT :

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

Pour les prêts à taux variable, le montant de la prise en charge des échéances du prêt est calculé d'après le dernier tableau d'amortissement reçu par l'assureur.

En ce qui concerne les prêts comportant une période de différé d'amortissement, l'assureur prend en charge les intérêts venant à échéance pendant la période de différé. Au-delà de cette période, l'assureur prend en charge les échéances du prêt telles que définies ci-avant.

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

MALADIE :

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

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT) :

L'assuré est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) lorsqu'il ne peut 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.

INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP) :

L'assuré est considéré en état d'Invalidité Permanente Partielle (IPP) dès que la preuve d'une diminution de capacité physique ou mentale ayant acquis un caractère stable et présumé définitif est apportée.

INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT) :

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

INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE (IP) :

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

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) :

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

➤ ARTICLE 4 - LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION

4.1 - DATE DE CONCLUSION DU CONTRAT

La date de conclusion du contrat est :

- Soit la date à laquelle l'assuré signe le certificat d'adhésion et le retourne signé à l'assureur si l'adhésion est acceptée aux conditions normales (sans surprime, ni exclusion particulière).
- Soit la date à laquelle l'assuré accepte en les retournant signées, les conditions d'acceptation particulières notifiées par l'assureur en cas de surprime(s) et/ou d'exclusion(s) particulière(s).

4.2 - DATE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties entrent en vigueur à la date du déblocage effectif du capital emprunté sous réserve de l'acceptation par l'assureur et du paiement de la première cotisation.

L'acceptation des garanties par l'assureur est subordonnée à la production du questionnaire de santé et, le cas échéant, à des formalités médicales. L'acceptation est également subordonnée à la production d'un questionnaire spécifique pour les activités professionnelles et sportives de l'assuré. Elle prend en considération les déplacements qu'il peut être amené à effectuer en France et à l'étranger. En outre, il pourra être demandé un complément d'informations financières. L'acceptation de l'assureur est matérialisée par la remise ou l'envoi à l'adhérent d'un certificat d'adhésion en double exemplaire, dont un exemplaire doit être impérativement retourné signé par l'adhérent au siège de l'assureur (AVIVA COURTAGÉ - 70 avenue de l'Europe - 92273 Bois-Colombes cedex).

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

4.3 - ÉTENDUE DES GARANTIES : ÉTATS ANTÉRIEURS ET ÉTENDUE TERRITORIALE

ÉTATS ANTÉRIEURS

Les garanties s'exercent :

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

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

ÉTENDUE TERRITORIALE

Les garanties s'étendent au monde entier.

Toutefois, si l'assuré se trouve en état d'incapacité ou d'invalidité à la suite d'un accident ou d'une maladie survenue hors de France métropolitaine, d'un Département d'Outre-mer ou de la principauté de Monaco, la constatation médicale de cet état devra être effectuée en France métropolitaine, dans un Département d'Outre-mer ou en principauté de Monaco. Le droit au paiement des prestations ou à la prise en charge des cotisations débutera à la date de ce constat.

4.4 - EXCLUSIONS ET DISPOSITIONS SPÉCIALES

EXCLUSIONS

A/ RISQUES EXCLUS POUR L'ENSEMBLE DES GARANTIES :

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

B/ RISQUES EXCLUS EN CAS DE DÉCÈS :

- le décès par suicide au cours de la première année suivant la date d'effet ou la date d'augmentation des garanties ou la remise en vigueur de l'adhésion. Après cette première année, le suicide est assuré normalement.

La garantie décès cesse d'avoir effet à l'égard du bénéficiaire qui a été condamné pour avoir volontairement donné la mort à l'assuré.

C/ RISQUES EXCLUS EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE, D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL OU D'INVALIDITÉ :

Les événements suivants ne sont pas couverts :

- 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 aux assurés militaires qui dans le cadre de leur activité professionnelle sont affectés dans une unité ou dans un service dont l'activité normale et habituelle est de mettre en œuvre des armements nucléaires ou d'utiliser des sources d'énergie nucléaire, sous réserve que l'assuré ait été préalablement informé du risque lié à l'activité professionnelle au moment de l'adhésion ou en cours de contrat conformément aux dispositions de l'article 4.5 ;
- les accidents, maladies, invalidités et infirmités survenus à l'occasion de l'exercice d'une profession différente de celle déclarée à l'assureur à l'adhésion ou ultérieurement ;
- les conséquences de la pratique de sports réalisés à titre professionnel ;

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

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

D/ RISQUES EXCLUS EN CAS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL OU D'INVALIDITÉ

Les événements suivants ne sont pas couverts :

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

DISPOSITIONS SPÉCIALES

En outre, en cas d'incapacité ou d'invalidité uniquement, sont exclus également les événements suivants :

A/ MODALITÉS D'INDEMNISATION DES AFFECTIONS DISCO-VERTÉBRALES EN CAS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL OU D'INVALIDITÉ :

Les affections disco-vertébrales (cervicalgies, cruralgies, dorsalgies, lombalgies, sciatiques, hernies discales), quelle qu'en soit la cause, ainsi que les traumatismes

vertébraux ayant entraîné une fracture vertébrale ou une lésion de la moelle épinière, ne sont pas indemnisées sauf si elles donnent lieu à une hospitalisation continue de plus de **7 jours**.

B/ MODALITÉS D'INDEMNISATION DES MALADIES PSYCHIQUES EN CAS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL OU D'INVALIDITÉ :

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

4.5 - LES OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ EN CAS DE MODIFICATION DU RISQUE OU DE REMBOURSEMENT DU PRÊT

Les garanties accordées à l'assuré sont fonction de différents facteurs, notamment le fait qu'il soit ou non fumeur, sa profession et la nature des activités qu'il exerce. Aussi, l'assuré doit prévenir par lettre recommandée l'assureur dans **les 30 jours** qui suivent un changement de situation concernant :

- le fait que l'assuré, ayant lors de son adhésion déclaré être non fumeur, se mette à fumer, même occasionnellement ;
- sa profession ou les conditions dans lesquelles cette profession est exercée ;
- toute inscription à un club ou à une association dans le but de pratiquer un sport réputé à risque ;
- toute modification des caractéristiques du prêt ou de l'acte de cautionnement.

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.

Si l'adhérent ne donne pas suite à la proposition de l'assureur, ou s'il refuse expressément cette proposition, l'assureur résiliera le contrat.

En cas de non déclaration ou de déclaration trop tardive de la part de l'assuré de toute modification du risque, il pourra être fait application des articles L 113-2, L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances.

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

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

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

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

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

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

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

4.6 - AGE LIMITE A L'ADHESION ET CESSATION DES GARANTIES

Type de Garantie	Age* limite de l'assuré à l'adhésion	Cessation des garanties à la date fixée au certificat d'adhésion ou au plus tard à :
GARANTIES PRINCIPALES		
Décès	85 ans	90 ans
Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)	60 ans	65 ans
GARANTIES OPTIONNELLES		
Invalidité Permanente Totale (IPT)	55 ans	la date de départ à la retraite ou de départ en préretraite de l'assuré ou à ses 65 ans
Invalidité Professionnelle (IP)	55 ans	la date de départ à la retraite ou de départ en préretraite de l'assuré ou à ses 65 ans
Invalidité Permanente Partielle (IPP)	55 ans	la date de départ à la retraite ou de départ en préretraite de l'assuré ou à ses 65 ans
Prise en charge des échéances de prêt en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)	60 ans	la date de départ à la retraite ou de départ en préretraite de l'assuré ou à ses 65 ans
Enveloppe d'Assurabilité	60 ans	65 ans
Prise en charge de la cotisation d'assurance	60 ans	la date de départ à la retraite ou de départ en préretraite de l'assuré ou à ses 65 ans

*L'âge de l'assuré est obtenu par la différence de millésime entre l'année de l'assurance et son année de naissance.

Non Cumul

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

En outre, les garanties cessent :

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

4.7 - DISPOSITIONS DIVERSES

LES DROITS QUI VOUS PROTÈGENT :

4.7-1 Droit de renonciation

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au contrat pendant les 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que son contrat est conclu (cf article 4.1). 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. Pour exercer ce droit, l'adhérent doit adresser une lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse postale de l'assureur, rédigée comme suit : "Je soussigné, déclare renoncer à mon adhésion au contrat AVIVA EMPRUNTEUR N°..... et demande à recevoir le remboursement total des sommes versées".

(Date) (Signature)

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

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

4.7-2 Droit d'accès, de rectification et d'opposition

Les informations sollicitées par l'assureur lors de l'adhésion sont indispensables pour l'enregistrement de votre adhésion. Ces données personnelles qui font l'objet d'un traitement informatique à l'usage de la société, ses mandataires, ses partenaires et organismes professionnels, sont protégées par la Loi n° 78-17 modifiée, relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés. L'ensemble de ces données peut donner lieu à l'exercice du droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime, dans les conditions et limites prévues par les articles 38, 39 et 40 de la Loi précitée. A cet effet, vous pouvez obtenir une copie de ces données par simple courrier envoyé à l'adresse postale de l'assureur (70 avenue de l'Europe - 92273 Bois-Colombes cedex). Les informations médicales fournies sur le questionnaire de santé nécessaires à l'étude de la demande d'assurance, sont quant à elles à l'usage exclusif du Médecin Conseil de l'assureur et le cas échéant du réassureur. Ces données médicales peuvent également donner lieu à l'exercice du droit d'accès de rectification et d'opposition auprès du Médecin Conseil du service médical de l'assureur (70 avenue de l'Europe - 92273 Bois-Colombes cedex).

4.7-3 Droit d'information

Conformément à l'article L 132-22 du Code des Assurances, vous recevrez chaque année un bilan sur lequel vous trouverez le montant de vos garanties ainsi que le détail de vos cotisations.

4.7-4 Recours en cas de litige

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

4.7-5 Organisme de contrôle

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

4.7-6 Prescription

Toute action dérivant de la présente adhésion est prescrite à compter de l'événement qui y donne naissance :

- par 10 ans à l'égard du bénéficiaire s'il s'agit d'une personne différente de l'assuré ou de l'adhérent ;
- par 2 ans à l'égard de l'assuré et de l'adhérent.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption, et notamment par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception envoyée par l'adhérent, l'assuré ou le bénéficiaire à l'adresse postale de l'assureur en ce qui concerne le règlement des prestations.

4.7-7 Fiscalité

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

4.7-8 Participation aux bénéficiaires

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

➤ ARTICLE 5 - LES GARANTIES DU CONTRAT AVIVA EMPRUNTEUR

5.1 - GARANTIES PRINCIPALES

Décès

En cas de décès de l'assuré, le capital garanti dont le montant est indiqué sur le certificat d'adhésion est versé à l'organisme prêteur à concurrence des sommes dues. Le solde éventuel est versé aux bénéficiaires désignés par l'adhérent. Ce capital sera versé dans les 30 jours qui suivent la réception à l'adresse postale de l'assureur, des pièces nécessaires au règlement des prestations (voir article 7).

Le paiement du capital met fin à l'adhésion.

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

Si l'assuré est atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie telle que décrite dans l'Article 3, l'assureur verse par anticipation, à la date de consolidation de la perte d'autonomie, le capital prévu en cas de décès. Ce capital sera versé à l'organisme prêteur dans les 30 jours qui suivent la réception des pièces nécessaires au règlement des prestations (voir article 7).

Le paiement par anticipation du capital met fin à l'adhésion.

5.2 - GARANTIES OPTIONNELLES

5.2-1 Prise en charge des échéances du prêt

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Décès.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'assuré, telle que décrite à l'Article 3 et à l'expiration du délai de franchise de 90 jours, l'assureur verse à l'assuré, le montant de l'échéance du prêt dans la limite du montant garanti. Cette prestation est versée mensuellement, à terme échu, au prorata de la durée d'Incapacité Temporaire Totale de travail et ce au plus tard jusqu'au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail dans la limite de 300 € par jour d'indemnisation par assuré. Par ailleurs, le versement de la prestation s'interrompt à la date fixée au certificat d'adhésion et au plus tard :

- dès que l'assuré peut reprendre son activité professionnelle, même partiellement, ou
- au départ à la retraite ou préretraite de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, ou
- à ses 65 ans.

En cas de rechute survenant moins de deux mois après la reprise du travail, l'indemnisation reprend au premier jour du nouvel arrêt, à la condition que celui-ci soit lié au même motif que le précédent. Pour un même accident ou une même maladie, le nombre de jours de travail pris en compte ne saurait excéder 1095 jours en un seul ou plusieurs arrêts.

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

5.2-2 Invalidité Permanente Partielle (IPP)

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Décès et de la garantie Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Professionnelle.

La garantie Invalidité Permanente Partielle intervient au terme de 1095 jours d'incapacité. Elle entre également en jeu dès que la preuve de l'état d'invalidité permanente est apportée.

Si l'assuré est atteint d'une Invalidité Permanente Partielle, telle que décrite à l'article 3, d'un taux supérieur ou égal à 33% et inférieur ou égal à 66%, l'assureur verse à l'assuré, **50%** du montant de l'échéance du prêt dans la limite du montant garanti. Cette prestation est versée mensuellement, à terme échu, au prorata de la durée d'Invalidité Permanente Partielle, dans la limite de 150 € par jour d'indemnisation par assuré.

Le versement de la prestation s'interrompt à la date fixée au certificat d'adhésion et au plus tard :

- au départ à la retraite ou préretraite de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, ou
- à ses 65 ans.

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

EVALUATION DU TAUX D'INVALIDITÉ :

Ce taux est déterminé par voie d'expertise médicale, en fonction de deux critères :

- **L'incapacité fonctionnelle physique ou mentale.** Elle est fondée uniquement sur la diminution de capacité, indépendamment de toute considération professionnelle. Le taux d'incapacité fonctionnelle est évalué selon le Barème Indicatif des Incapacités en Droit Commun, dit "Le Concours Médical". A défaut d'indication dudit Barème, ce taux est fixé selon les critères d'évaluation en droit commun ;
- **L'incapacité professionnelle.** Elle est appréciée en fonction de l'incidence de l'incapacité fonctionnelle (telle que définie ci-avant) sur l'activité professionnelle de l'assuré en tenant compte :
 - de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident générateur de l'état d'incapacité ;

- des conditions normales de l'exercice de cette profession ;
- des possibilités restantes et de reclassement.

Les taux d'incapacité fonctionnelle ou professionnelle ne sont pas déterminés à titre définitif, et peuvent être revus en fonction des contrôles ou expertises auxquels l'assureur se réserve le droit de soumettre l'assuré (voir article 7.5). Le taux d'Invalidité Permanente Partielle est estimé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle conformément au tableau ci-après :

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

- Si l'assuré est atteint d'une invalidité permanente dont le taux est inférieur à 33%, la garantie ne joue pas.

- Si l'assuré est atteint d'une invalidité permanente dont le taux est supérieur à 66%, l'assureur indemnise le sinistre au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale ou de la garantie Invalidité Professionnelle.

5.2-3 Invalidité Permanente Totale (IPT)

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Décès.

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

Le capital garanti est versé à l'organisme prêteur si, avant son 65^{ème} anniversaire, l'assuré apporte la preuve qu'il se trouve par suite de maladie ou d'accident dans l'incapacité absolue et définitive **d'exercer une profession quelconque** lui procurant gain ou profit. **L'invalidité est évaluée par voie d'expertise médicale.** 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 l'adhésion.

5.2-4 Invalidité Professionnelle (IP)

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Décès. Elle s'adresse exclusivement aux personnes exerçant une profession médicale ou paramédicale.

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

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

Le capital garanti est versé à l'organisme prêteur si, avant son 65^{ème} anniversaire, l'assuré apporte la preuve qu'il se trouve par suite de maladie ou d'accident dans l'incapacité absolue et définitive **d'exercer sa profession.**

L'invalidité est évaluée par voie d'expertise médicale. Le règlement intervient sur la base du capital garanti au moment de la reconnaissance par l'assureur de l'invalidité professionnelle, et met fin à l'adhésion.

5.2-5 Prise en charge de la cotisation d'assurance

Cette option est réservée aux adhérents personnes physiques.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail :

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 91^{ème} jour d'arrêt de travail. La prise en charge se poursuit au plus tard jusqu'au 1095^{ème} jour d'Incapacité Temporaire Totale de travail, si l'assuré reste en arrêt de travail pendant toute cette période. Elle s'interrompt dès que l'assuré peut reprendre, même partiellement, son activité professionnelle et au plus tard :

- à la date fixée au certificat d'adhésion, ou
- au départ en retraite ou préretraite de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, ou
- à ses 65 ans.

En cas de rechute survenant moins de deux mois après la reprise du travail, l'exonération reprend au premier jour du nouvel arrêt, à la condition que celui-ci soit lié au même motif que le précédent. Pour un même accident ou une même maladie, le nombre de jours de travail pris en compte ne saurait excéder 1095 jours en un seul ou plusieurs arrêts.

En cas d'Invalidité Permanente Partielle :

La prise en charge au titre de cette garantie intervient au terme de 1095^{ème} jour d'incapacité, mais aussi dès que la preuve de l'état d'invalidité permanente partielle est apportée. L'assureur exonère l'adhérent du paiement de la cotisation d'assurance à hauteur de **50%**.

5.2-6 Enveloppe d'assurabilité

Cette garantie optionnelle est réservée à la couverture d'Emprunts Professionnels. Elle ne peut être souscrite qu'au moment de l'adhésion. L'option "Enveloppe

d'Assurabilité" permet à l'adhérent d'augmenter le montant des garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie d'un assuré sans nouvelles formalités médicales sous réserve de pouvoir attester d'un état de santé inchangé depuis l'adhésion :

- dans la limite de 30% du montant du capital souscrit à l'origine pour des Emprunts d'un même assuré,
- au cours des 5 premières années à compter de la prise d'effet de l'adhésion,
- en une seule ou en plusieurs fois,
- avec un rapport financier pour justifier du besoin économique de la demande d'augmentation des garanties,
- pour une cotisation payable uniquement la première année.

Les prêts issus de l'utilisation de l'Enveloppe d'Assurabilité devront s'éteindre avant le 70^{ème} anniversaire de l'assuré. De plus, la cotisation Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie y afférent est fonction du montant du capital supplémentaire demandé, de l'âge atteint par l'assuré et du tarif en vigueur lors de la demande d'augmentation des garanties.

Si une demande d'augmentation de garanties entraîne un dépassement du plafond de 30% du capital initial souscrit pour la couverture d'Emprunts Professionnels, le surplus de garanties sera soumis aux dispositions applicables à une nouvelle adhésion, selon la Notice et Note d'Information du contrat AVIVA EMPRUNTEUR en vigueur à cette date, et subordonné à des formalités médicales ainsi qu'à une nouvelle acceptation de l'assureur.

5.3 - BENEFICIAIRES DES GARANTIES

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

Décès : à (aux) l'organisme(s) prêteur(s) à concurrence des sommes restant dues et pour le solde éventuel, au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) sur le certificat d'adhésion,

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou Invalidité Permanente Totale ou Invalidité professionnelle : à (aux) l'organisme(s) prêteur(s) à concurrence des sommes restant dues et pour le solde éventuel à l'assuré lui-même,

Prise en Charge des Echéances du Prêt : à l'assuré,

Invalidité Permanente Partielle : à l'assuré.

5.4 - ASSURANCE DE CO-EMPRUNTEURS

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

Lorsque des co-emprunteurs sont concomitamment en incapacité temporaire totale de travail ou en invalidité permanente partielle, le montant total des prestations servies au titre d'un prêt ne peut excéder le montant des sommes dues au prêteur dans la limite des montants assurés.

> ARTICLE 6 - COTISATIONS

6.1 - COMMENT SONT CALCULEES LES COTISATIONS ?

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

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

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

6.2 - COMMENT PAYER LES COTISATIONS ?

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

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

6.3 - QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS VOS COTISATIONS ?

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

> ARTICLE 7 - FORMALITÉS À REMPLIR POUR OBTENIR LE PAIEMENT DES PRESTATIONS

7.1 - DECLARATIONS ET DELAIS DE FORCLUSION

Pour obtenir le versement des prestations, ou la prise en charge des cotisations en cas d'incapacité temporaire totale de travail, la déclaration de l'arrêt de travail doit être faite à l'adresse postale de l'assureur avant l'expiration de la période de franchise de 90 jours prévue pour cette garantie.

En ce qui concerne les garanties en cas d'invalidité ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, il appartient à l'assuré, ou à ses ayants droit, de nous faire parvenir une déclaration dans les deux mois qui suivent la consolidation de cet état.

De la même façon, toute prolongation d'arrêt de travail doit être déclarée à l'assureur avant la fin de la période qu'elle couvre, cette période ne pouvant dépasser un mois. Dans les deux cas, le dépassement de ces délais pourrait entraîner l'annulation du droit à prestations pour la période précédant la date d'envoi des justificatifs.

7.2 - PIECES A FOURNIR POUR OBTENIR LE REGLEMENT DES PRESTATIONS EN CAS DE DECES DE L'ASSURE

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

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

7.3 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

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

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

7.4 - PIECES A FOURNIR POUR LE PAIEMENT DES PRESTATIONS LIEES A L'INCAPACITE ET A L'INVALIDITE

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

- un certificat médical de son médecin traitant précisant le motif et la durée de son arrêt de travail ;
- les bordereaux de paiement en espèces émanant de l'organisme de régime obligatoire ou facultatif auquel il est affilié ;
- tous documents médicaux et administratifs pouvant attester d'une cessation temporaire ou définitive d'activité ;
- le dernier tableau d'amortissement du ou des prêt(s) ;
- un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ;
- tous formulaires fournis par l'assureur pour la gestion des sinistres.

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

7.5 - CONTRÔLE - EXPERTISE

Préalablement à tout règlement ou prise en charge au titre des garanties incapacité de travail, perte de l'autonomie, invalidité et prise en charge des cotisations, l'assureur se réserve le droit de soumettre l'assuré à une contre-visite auprès d'un médecin qu'il aura désigné.

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

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

Note d'information

Aviva Emprunteur

I - CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT

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

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

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

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

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

II - DÉFINITIONS CONTRACTUELLES DES GARANTIES OFFERTES

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

DÉCÈS

En cas de décès de l'assuré, le capital garanti dont le montant est indiqué sur le certificat d'adhésion est versé à l'organisme prêteur à concurrence des sommes dues. Le solde éventuel est versé aux bénéficiaires désignés par l'adhérent.

Le paiement du capital met fin à l'adhésion.

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

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

Si l'assuré est atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'assureur verse par anticipation, à la date de consolidation de la perte d'autonomie, le capital prévu en cas de décès.

Le paiement par anticipation du capital met fin à l'adhésion.

PRISE EN CHARGE DES ÉCHÉANCES DU PRÊT

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Décès.

La garantie Prise en charge des échéances du prêt entre en jeu en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'assuré.

L'assuré est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) lorsqu'il ne peut 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.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'assuré, et à l'expiration du délai de franchise de 90 jours, l'assureur verse à l'assuré, le montant de

l'échéance du prêt dans la limite du montant garanti. Cette prestation est versée mensuellement, à terme échu, au prorata de la durée d'Incapacité Temporaire Totale de travail et ce au plus tard jusqu'au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail dans la limite de 300 € par jour d'indemnisation par assuré. Par ailleurs, le versement de la prestation s'interrompt à la date fixée au certificat d'adhésion et au plus tard :

- dès que l'assuré peut reprendre son activité professionnelle, même partiellement, ou

- au départ à la retraite ou préretraite de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, ou

- à ses 65 ans.

En cas de rechute survenant moins de deux mois après la reprise du travail, l'indemnisation reprend au premier jour du nouvel arrêt, à la condition que celui-ci soit lié au même motif que le précédent. Pour un même accident ou une même maladie, le nombre de jours de travail pris en compte ne saurait excéder 1095 jours en un seul ou plusieurs arrêts.

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

INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Décès et de la garantie Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Professionnelle.

L'assuré est considéré en état d'Invalidité Permanente Partielle (IPP) dès que la preuve d'une diminution de capacité physique ou mentale ayant acquis un caractère stable et présumé définitif est apportée.

La garantie Invalidité Permanente Partielle intervient au terme de 1095 jours d'incapacité. Elle entre également en jeu dès que la preuve de l'état d'invalidité permanente est apportée.

Si l'assuré est atteint d'une Invalidité Permanente Partielle d'un taux supérieur ou égal à 33% et inférieur ou égal à 66%, l'assureur verse à l'assuré, **50%** du montant de l'échéance du prêt dans la limite du montant garanti. Cette prestation est versée mensuellement, à terme échu, au prorata de la durée d'Invalidité Permanente Partielle, dans la limite de 150 € par jour d'indemnisation par assuré.

Le versement de la prestation s'interrompt à la date fixée au certificat d'adhésion et au plus tard :

- au départ à la retraite ou préretraite de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, ou

- à ses 65 ans.

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

INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT)

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Décès.

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

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

Le capital garanti est versé à l'organisme prêteur si, avant son 65^{ème} anniversaire, l'assuré apporte la preuve qu'il se trouve par suite de maladie ou d'accident dans l'incapacité absolue et définitive **d'exercer une profession quelconque** lui procurant gain ou profit. **L'invalidité est évaluée par voie d'expertise médicale.** 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 l'adhésion.

INVALIDITE PROFESSIONNELLE (IP)

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Décès. Elle s'adresse exclusivement aux personnes exerçant une profession médicale ou paramédicale.

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

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

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

Le capital garanti est versé à l'organisme prêteur si, avant son 65^{ème} anniversaire, l'assuré apporte la preuve qu'il se trouve par suite de maladie ou d'accident dans l'incapacité absolue et définitive d'exercer sa profession.

L'invalidité est évaluée par voie d'expertise médicale. Le règlement intervient sur la base du capital garanti au moment de la reconnaissance par l'assureur de l'invalidité professionnelle, et met fin à l'adhésion.

PRISE EN CHARGE DE LA COTISATION D'ASSURANCE

Cette option est réservée aux adhérents personnes physiques.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail :

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 91^{ème} jour d'arrêt de travail. La prise en charge se poursuit au plus tard jusqu'au 1095^{ème} jour d'Incapacité Temporaire Totale de travail, si l'assuré reste en arrêt de travail pendant toute cette période. Elle s'interrompt dès que l'assuré peut reprendre, même partiellement, son activité professionnelle et au plus tard :

- à la date fixée au certificat d'adhésion, ou
- au départ en retraite ou préretraite de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, ou
- à ses 65 ans.

En cas de rechute survenant moins de deux mois après la reprise du travail, l'exonération reprend au premier jour du nouvel arrêt, à la condition que celui-ci soit lié au même motif que le précédent. Pour un même accident ou une même maladie, le nombre de jours de travail pris en compte ne saurait excéder 1095 jours en un seul ou plusieurs arrêts.

En cas d'Invalidité Permanente Partielle :

La prise en charge au titre de cette garantie intervient au terme de 1095^{ème} jour d'incapacité, mais aussi dès que la preuve de l'état d'invalidité permanente partielle est apportée. L'assureur exonère l'adhérent du paiement de la cotisation d'assurance à hauteur de 50%.

ENVELOPPE D'ASSURABILITE

Cette garantie optionnelle est réservée à la couverture d'Emprunts Professionnels. Elle ne peut être souscrite qu'au moment de l'adhésion. L'option "Enveloppe d'Assurabilité" permet à l'adhérent d'augmenter le montant des garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie d'un assuré sans nouvelles formalités médicales sous réserve de pouvoir attester d'un état de santé inchangé depuis l'adhésion :

- dans la limite de 30% du montant du capital souscrit à l'origine pour des Emprunts d'un même assuré,
- au cours des 5 premières années à compter de la prise d'effet de l'adhésion,
- en une seule ou en plusieurs fois,
- avec un rapport financier pour justifier du besoin économique de la demande d'augmentation des garanties,
- pour une cotisation payable uniquement la première année.

Les prêts issus de l'utilisation de l'Enveloppe d'Assurabilité devront s'éteindre avant le 70^{ème} anniversaire de l'assuré. De plus, la cotisation Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie y afférent est fonction du montant du capital supplémentaire demandé, de l'âge atteint par l'assuré et du tarif en vigueur lors de la demande d'augmentation des garanties.

EXCLUSIONS ET DISPOSITIONS SPECIALES

EXCLUSIONS

A/ RISQUES EXCLUS POUR L'ENSEMBLE DES GARANTIES :

- **les conséquences des guerres civiles ou étrangères, rixes, insurrections sauf en cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel. Par guerre étrangère, on entend la guerre déclarée entre l'État français et un ou d'autres États, mais également les opérations militaires dans lesquelles l'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.**

B/ RISQUES EXCLUS EN CAS DE DÉCÈS :

- **le décès par suicide au cours de la première année suivant la date d'effet ou la date d'augmentation des garanties ou la remise en vigueur de l'adhésion. Après cette première année, le suicide est assuré normalement.**

La garantie décès cesse d'avoir effet à l'égard du bénéficiaire qui a été condamné pour avoir volontairement donné la mort à l'assuré.

C/ RISQUES EXCLUS EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, D'INCAPACITE DE TRAVAIL OU D'INVALIDITE :

Les événements suivants ne sont pas couverts :

- **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 aux assurés militaires qui dans le cadre de leur activité professionnelle sont affectés dans une unité ou dans un service dont l'activité normale et habituelle est de mettre en œuvre des armements nucléaires ou d'utiliser des sources d'énergie nucléaire, sous réserve que l'assureur ait été préalablement informé du risque lié à l'activité professionnelle au moment de l'adhésion ou en cours de contrat conformément aux dispositions de l'article 4.5 ;**
- **les accidents, maladies, invalidités et infirmités survenus à l'occasion de l'exercice d'une profession différente de celle déclarée à l'assureur à l'adhésion ou ultérieurement ;**
- **les conséquences de la pratique de sports réalisés à titre professionnel ;**

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

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

D/ RISQUES EXCLUS EN CAS D'INCAPACITE DE TRAVAIL OU D'INVALIDITE

Les événements suivants ne sont pas couverts :

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

DISPOSITIONS SPECIALES

En outre, en cas d'incapacité ou d'invalidité uniquement, sont exclus également les événements suivants :

A/ MODALITES D'INDEMNISATION DES AFFECTIONS DISCO-VERTEBRALES EN CAS D'INCAPACITE DE TRAVAIL OU D'INVALIDITE :

Les affections disco-vertébrales (cervicalgies, cruralgies, dorsalgies, lombalgies, sciaticques, hernies discales), quelle qu'en soit la cause, ainsi que les traumatismes vertébraux ayant entraîné une fracture vertébrale ou une lésion de la moelle épinière, ne sont pas indemnisées sauf si elles donnent lieu à une hospitalisation continue de plus de 7 jours.

B/ MODALITES D'INDEMNISATION DES MALADIES PSYCHIQUES EN CAS D'INCAPACITE DE TRAVAIL OU D'INVALIDITE :

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

III - DURÉE DU CONTRAT

L'assurance est conclue pour une durée de 1 an et se proroge ensuite tacitement d'année en année.

IV - MODALITÉS DE VERSEMENT DES COTISATIONS

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

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

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

V - DÉLAI ET MODALITÉS DE RENONCIATION À L'ADHÉSION

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au contrat pendant les 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que son contrat est conclu (cf article 4.1 de la Notice). 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. Pour exercer ce droit, l'adhérent doit adresser une lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse postale de l'assureur, rédigée comme suit : "Je soussigné, déclare renoncer à mon adhésion au contrat AVIVA EMPRUNTEUR N°..... et demande à recevoir le remboursement total des sommes versées".

(Date) (Signature)
A compter de l'envoi de cette lettre, l'adhésion prend fin.

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

VI - FORMALITÉS À REMPLIR EN CAS DE SINISTRE

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

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

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

- s'il s'agit d'un assuré relevant du Régime Général ou du Régime Agricole de la Sécurité Sociale en tant que salarié, la notification du classement en 3^{ème} catégorie mentionnant l'assistance d'une tierce personne ;
- s'il s'agit d'un assuré ne relevant pas d'un des régimes précités, toutes pièces médicales et tous documents administratifs attestant que l'assuré est

définitivement incapable d'exercer la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit, et que son état l'oblige à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante ;

- tous formulaires fournis par l'assureur pour la gestion des sinistres.

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

- un certificat médical de son médecin traitant précisant le motif et la durée de son arrêt de travail ;
 - les bordereaux de paiement en espèces émanant de l'organisme de régime obligatoire ou facultatif auquel il est affilié ;
 - tous documents médicaux et administratifs pouvant attester d'une cessation temporaire ou définitive d'activité ;
 - le dernier tableau d'amortissement du ou des prêt(s) ;
 - un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ;
 - tous formulaires fournis par l'assureur pour la gestion des sinistres.
- Les prolongations sont admises pour une durée d'un mois au maximum.

VII - NOM ET ADRESSE DU SOUSCRIPTEUR, FORMALITÉS DE RÉSILIATION

AVIVA EMPRUNTEUR est un contrat collectif d'assurance sur la vie à adhésion facultative, identifié sous le n° 2.603.449, souscrit auprès d'AVIVA COURTAGE (siège social : 70 avenue de l'Europe - 92273 Bois-Colombes cedex) par l'ADER (Association pour le Développement de l'Épargne pour la Retraite), 26 rue Cambacères - 75008 Paris. En cas de résiliation ou de non reconduction du contrat par l'assureur ou l'ADER, aucune adhésion nouvelle ne pourra être acceptée, et l'assureur s'engage à maintenir les adhésions en vigueur selon les dispositions prévues. L'assureur s'engage également en cas de résiliation, à maintenir les prestations en cours de service et ce jusqu'à leur terme contractuel. La résiliation est notifiée par lettre recommandée. Cette lettre doit être envoyée à l'adhérent au moins 3 mois avant la date de renouvellement.

VIII - INDICATIONS GÉNÉRALES LIÉES AU RÉGIME FISCAL

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

IX - PROCÉDURE D'EXAMEN DES LITIGES

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

X - PARTICIPATION AUX BÉNÉFICES TECHNIQUES ET FINANCIERS

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