



Prévoyance

Notice d'information Avizen



Janvier 2023

SOMMAIRE

Chapitre	Page	Article
Objet de la présente Notice d'information du contrat Avizen	3	
1. Les dispositions relatives à votre adhésion	3	1.1. Votre adhésion
	3	1.1.1. L'objet de votre adhésion
	3	1.1.2. Le cadre juridique
	3	1.1.3. Les personnes concernées par le contrat
	4	1.1.4. La fiscalité applicable
	4	1.1.5. Les obligations de l'assuré
	5	1.1.6. L'étendue territoriale de l'adhésion
	6	1.1.7. La date d'effet et la durée de votre adhésion
	6	1.1.8. La modification de votre adhésion
	6	1.1.9. La résiliation de votre adhésion
	7	1.2. Votre cotisation
	7	1.2.1. La détermination de votre cotisation annuelle
	7	1.2.2. Le paiement des cotisations
	7	1.2.3. L'évolution des garanties et des cotisations
2. Les garanties de prévoyance	10	2.1. Garanties en cas de décès, Invalidité Permanente Totale (IPT)
	10	2.1.1. Capital décès toutes causes ou Capital Invalidité Permanente Totale (IPT) toutes causes
	10	2.1.2. Capital décès par accident ou Capital Invalidité Permanente Totale (IPT) par accident
	10	2.1.3. Capital décès double garantie
	11	2.1.4. Rente éducation décès ou Rente éducation Invalidité Permanente Totale (IPT)
	11	2.1.5. Rente décès ou Rente Invalidité Permanente Totale (IPT)
	12	2.1.6. Services des prestations
	12	2.1.7. Impact des événements décès, Invalidité permanente totale (IPT) sur l'adhésion
	12	2.2. Garanties en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente partielle ou totale
	12	2.2.1. Indemnités Journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail toutes causes
	13	2.2.2. Indemnités Journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail par accident
	14	2.2.3. Rente en cas d'invalidité fonctionnelle toutes causes
	15	2.2.4. Capital en cas d'invalidité permanente partielle ou totale toutes causes
	15	2.2.5. Rente en cas d'invalidité permanente partielle ou totale par accident
	15	2.2.6. Capital en cas d'invalidité permanente partielle ou totale par accident
	16	2.2.7. Exonération des cotisations en cas d'incapacité temporaire totale de travail
	16	2.2.8. Exonération des cotisations en cas d'invalidité permanente partielle ou totale
	17	2.3. Gestion des prestations
	17	2.3.1. Formalités à accomplir en cas de sinistre
	18	2.3.2. Contrôle médical
	19	2.4. Désignation et acceptation des bénéficiaires
	19	2.4.1. Désignation des bénéficiaires
	19	2.4.2. Acceptation des bénéficiaires

SOMMAIRE

Chapitre	Page	Article
3. Les services d'assistance	20	3.1. Prestations accordées en cas d'hospitalisation imprévue de l'assuré supérieure à 24 heures ou d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours
	20	3.1.1. Garde des enfants
	20	3.1.2. Aide-ménagère ou auxiliaire de vie
	20	3.1.3. Garde des malades
	21	3.1.4. Présence d'un proche
	21	3.2. Prestations accordées en cas de décès de l'assuré
	21	3.2.1. Informations et conseils « obsèques »
	22	3.2.2. Information juridique « obsèques »
	22	3.2.3. Mise à disposition de courriers types
	22	3.3. Dispositions applicables aux services d'assistance
	22	3.3.1. Mise en œuvre des prestations
	22	3.3.2. Conditions générales d'application
	22	3.3.3. Conditions restrictives d'application
4. Les dispositions générales	23	4.1. Exclusions et limites des garanties
	23	4.1.1. Exclusions communes à toutes les garanties (garanties décrites au chapitre 2 de la présente Notice d'information)
	24	4.1.2. Exclusions des garanties en cas de décès toutes causes ou d'invalidité permanente totale toutes causes (garanties décrites à l'article 2.1. de la présente Notice d'information)
	24	4.1.3. Exclusions des garanties en cas de décès par accident et d'invalidité permanente totale par accident (garanties décrites à l'article 2.1. de la présente Notice d'information)
	25	4.1.4. Exclusions des garanties en cas d'incapacité temporaire totale de travail et d'invalidité permanente (partielle ou totale) (garanties décrites à l'article 2.2. de la présente Notice d'information)
	25	4.1.5. Limitation de garanties
	26	4.2. Quand et comment êtes-vous informé ?
	27	4.3. Votre certificat d'adhésion est perdu, détruit ou volé ?
	27	4.4. Rachat et réduction
	27	4.5. Modalités de renonciation
	27	4.6. Prescription
	28	4.7. En cas de réclamation
	28	4.8. Contrôle de l'entreprise d'assurance
	29	4.9. Informatique et libertés
	29	4.10. Contrats non réclamés – Loi Eckert
	30	4.11. Rapport sur la solvabilité et la situation financière
5. Accord de partenariat	31	5.1. Gestion paritaire
	31	5.2. La durée et résiliation du contrat
	31	5.3. La modification du contrat
6. Définitions		

Les mots en italique figurant dans cette Notice d'information ont pour seule signification celle précisée dans le chapitre « Définitions ».

OBJET DE LA PRÉSENTE NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT AVIZEN

Cette *Notice d'information* a pour but de vous (*adhérent*) informer des termes du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative « **Avizen** », conclue entre nous, AXA France Vie et AXA Assurances Vie Mutuelle, sociétés du groupe AXA et l'association ANPERE.

1. LES DISPOSITIONS RELATIVES À VOTRE ADHÉSION

1.1. Votre adhésion

1.1.1. L'objet de votre adhésion

Avizen a pour objet de garantir, en fonction des garanties souscrites, des prestations en cas de décès ou d'*invalidité permanente totale (IPT)* de l'*assuré*, d'*invalidité permanente partielle ou totale (IPPT)* de l'*assuré*, d'*incapacité temporaire totale de travail (ITT)* de l'*assuré* survenant pendant la période de couverture de ce risque. Selon les garanties souscrites, il est prévu le versement d'un capital et/ou d'une rente au(x) *bénéficiaire(s)* que vous avez désigné(s), ou le versement d'indemnités journalières.

Le contrat prévoit également des prestations d'assistance.

1.1.2. Le cadre juridique

Avizen est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative, souscrit par ANPERE auprès d'AXA. L'adhésion au contrat est réservée aux membres de l'association ANPERE.

Le contrat est régi par le Code des assurances. Il relève des branches 20 (Vie-décès), 1 (*Accident*), 2 (*Maladie*) de l'article R 321-1 du Code des assurances. Tout litige relatif à l'application du contrat relève de la seule compétence des tribunaux français.

Votre adhésion est constituée :

- de la présente *Notice d'information*, qui précise nos droits et nos obligations réciproques ;
- du bulletin d'adhésion / *certificat d'adhésion* signés par les parties (*adhérent*, *assuré*, *assureur*) qui complète la *Notice d'information* et précise les caractéristiques et les garanties de votre adhésion au contrat ;
- des documents que l'*assuré* pourrait être amené à remplir lors de l'adhésion (questionnaire médical, questionnaire financier, questionnaire sportif, questionnaire résidences et voyages et/ou questionnaire professionnel) ;
- des avenants ou des attestations qui vous sont adressés lors de modifications apportées sur votre adhésion (voir paragraphe 1.1.8).

1.1.3. Les personnes concernées par le contrat

- nous, les sociétés d'assurance AXA France Vie ou AXA Assurances Vie Mutuelle, ci-après dénommées AXA. La société d'assurance qui accorde sa garantie d'assurance est indiquée sur le *certificat d'adhésion*.
- ANPERE (Association Nationale pour la Prévoyance, l'Épargne et la Retraite), l'association qui a souscrit le contrat d'assurance Avizen Pro auprès des sociétés du groupe AXA. Son siège est situé à l'adresse suivante : Immeuble Axe Étoile, 103-105 rue des Trois Fontanot – 92000 Nanterre. Son but est d'apporter à ses *adhérents* des informations relatives à leur protection sociale et les aider dans la constitution et la protection de leurs revenus futurs. Les statuts de cette association sont tenus à votre disposition. Ils sont disponibles sur le site internet

www.anpere.fr et peuvent vous être fournis à tout moment sur simple demande auprès du Service Information Clients d'AXA ;

- l'*adhérent* est la personne qui signe les documents d'adhésion et est obligatoirement membre de l'association ANPERE. La Notice d'information et le *certificat d'adhésion* lui sont destinés.

L'*adhérent* est résident en France métropolitaine ou département ou région d'outre-mer ;

- l'*assuré* est la personne sur qui repose l'assurance.

Il est résident en France métropolitaine ou département ou région d'outre-mer ;

- les *bénéficiaires* sont les personnes que vous désignez, pour recevoir la (les) prestation(s) due(s) par la société d'assurance en cas de décès de l'*assuré*.

1.1.4. La fiscalité applicable

L'adhésion est soumise à la législation fiscale française. Nous vous indiquons ci-après les principales caractéristiques du régime fiscal français en vigueur au 01/01/2021.

Pour les prestations en cas de décès, le capital transmis est soumis aux droits de mutation à titre gratuit dans les conditions prévues à l'article 757 B du Code général des impôts et/ou à la taxation prévue par l'article 990 I du Code général des impôts. Le capital transmis est totalement exonéré lorsque le *bénéficiaire* est le *conjoint* de l'*assuré*, ou son *partenaire* lié par un PACS, ou, sous certaines conditions précisées à l'article 796 O Ter du Code général des impôts, son frère ou sa sœur.

Les prestations en cas de vie (indemnités journalières et prestations d'invalidité) ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu, si toutefois l'adhésion au présent contrat n'a donné lieu à aucun avantage fiscal.

Dans le cas contraire, les prestations pourront être imposables (contrat Homme-clé, ...).

L'engagement de l'*assureur* décrit dans la présente *Notice d'information* est exprimé avant la prise en compte des prélèvements fiscaux ou sociaux qui seront éventuellement dus, conformément à la réglementation en vigueur.

1.1.5. Les obligations de l'assuré

a) À l'adhésion

L'*assuré* s'engage à répondre exactement et en toute sincérité aux questions posées par l'*assureur* dans les documents qui lui auront été remis à cet effet lors de l'adhésion.

Il s'engage notamment à déclarer :

- sa date et son lieu de naissance, sa profession et les conditions d'exercice de celle-ci, ses activités et ses voyages ;
- s'il est *non-fumeur* ;
- les *maladies* ou *invalidités fonctionnelles* dont il est atteint ;
- le ou les contrats d'assurance de même nature que l'*assuré* a souscrits par ailleurs.

En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle, si cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre, l'assureur pourra invoquer la nullité du contrat et conserver les cotisations payées, conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances.

En cas d'omission ou déclaration inexacte entraînant l'application de l'article L 113-9 du Code des assurances, l'assureur pourra :

- si elle est constatée avant le sinistre, soit résilier l'adhésion, soit maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de prime acceptée par l'*assuré* ;
- si elle est constatée après le sinistre, réduire le montant de l'indemnité en proportion du taux de primes payées par rapport au taux de primes qui auraient été dues, si les risques avant été complètement et exactement déclarés.

Conformément aux dispositions de l'article L 132-26 du Code des assurances, en cas d'erreur sur l'âge de l'assuré, si l'âge réel se situe en dehors des limites fixées par la présente Notice, l'adhésion est nulle et les cotisations perçues sont restituées. En revanche, si l'âge réel de l'assuré se situe dans les limites prévues par la présente Notice :

- si la cotisation payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, les garanties assurées sont réduites ;
- dans le cas contraire, le surplus de cotisation versé est remboursé.

b) En cours d'adhésion

En cours d'adhésion, l'assuré s'engage à avertir l'assureur des modifications intervenant dans sa situation, notamment :

- s'il change de profession, de statut professionnel (travailleur non salarié, salarié, ...), d'activités ou s'il exerce sa profession dans des conditions autres que celles déclarées à l'adhésion ;
- s'il est au chômage, cesse son activité professionnelle ou part à la retraite ;
- s'il pratique des *activités et sports et loisirs à risque* modifiant notablement le risque assuré ;
- s'il effectue des déplacements modifiant notablement le risque assuré, tels que définis au paragraphe 1.1.6. ;
- s'il souscrit d'autres contrats d'assurance comportant des prestations en cas d'incapacité de travail, d'invalidité totale ou partielle,
- s'il se met ou remet à fumer au cours de l'adhésion à ce contrat lorsque l'assuré a déclaré être *non-fumeur* lors de l'adhésion ;
- s'il établit sa résidence principale à l'étranger.

Ces déclarations doivent être adressées dans un délai de 30 jours à compter de la date de la modification :

- soit par lettre recommandée à l'adresse suivante : AXA Prévoyance Individuelle - TSA 40035 – 69836 Saint-Priest Cedex 9
- soit par envoi recommandé électronique à l'adresse suivante : **service.lre.previndiv@axa.fr**

En cas d'absence ou de retard dans la déclaration à l'assureur, sauf si l'absence ou le retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure, ce dernier pourra invoquer, si cela lui a causé un préjudice :

- **soit la déchéance de garanties et ne pas procéder à l'indemnisation, conformément à l'article L113-2 du Code des assurances ;**
- **soit réduire les indemnités en proportion du taux de primes payées par rapport au taux de primes qui auraient été dues, si les risques avaient été déclarés.**

Lorsque la nouvelle situation entraîne une modification du risque ou en modifie l'appréciation, l'assureur peut :

- soit exclure la modification intervenue des garanties de l'adhésion ;
- soit, en application de l'article L113-4 du Code des assurances :
 - soit proposer un nouveau tarif adapté à la nouvelle situation,
 - soit résilier l'adhésion.

Si l'assuré fait volontairement une fausse déclaration sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre, il peut être déchu de son droit à indemnisation au titre du sinistre considéré.

La déchéance peut également être appliquée si l'assuré utilise sciemment des documents inexacts comme justificatifs.

Pour une bonne gestion de son adhésion, l'adhérent ne manquera pas de signaler tout changement de coordonnées bancaires.

1.1.6. L'étendue territoriale de l'adhésion

Les garanties de prévoyance sont couvertes dans le monde entier.

Cependant, si l'assuré est amené à se déplacer :

- pour des raisons professionnelles dans des *pays sensibles* ;
- ou pour des raisons personnelles dans des *pays sensibles* ou pour une durée continue supérieure à 60 jours par an, hors des pays suivants : pays de l'Union européenne, Australie, Canada, Japon, Suisse, États-Unis.

Il devra préalablement remplir le questionnaire « Résidences et Voyages » disponible auprès de son Conseiller, afin que l'assureur puisse déterminer les conditions de couverture au titre de ces déplacements.

Si l'*incapacité temporaire totale de travail toutes causes* ou l'*incapacité temporaire totale de travail par accident* survient hors de France, le point de départ de la garantie correspond à la date de *première constatation médicale* en France.

Toute expertise médicale nécessaire à la mise en œuvre des prestations (*incapacité temporaire totale de travail* et *invalidité permanente partielle ou totale*) devra être effectuée en France.

Toutes les prestations dues sont payables en France, dans la devise en cours au moment du paiement.

Les prestations d'assistance sont accordées uniquement en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer.

1.1.7. La date d'effet et la durée de votre adhésion

Votre adhésion prend effet à compter de la date d'effet indiquée au *certificat d'adhésion*, sous réserve :

- du paiement effectif de la première cotisation ;
- de la signature du certificat / bulletin d'adhésion par l'ensemble des parties au contrat ;
- et de l'acceptation des risques par l'*assureur*.

En cas d'acceptation des risques sans surprime ou exclusion, l'adhésion prend effet à la date de réception de l'ensemble des pièces nécessaires à l'étude du risque ou à la date d'effet souhaitée si elle est postérieure.

En cas d'acceptation de votre demande d'adhésion avec surprime ou exclusion, l'adhésion prend effet à la date de signature des conditions d'acceptation ou à la date d'effet souhaitée si elle est postérieure.

Les garanties prennent effet à la date d'effet indiquée au *certificat d'adhésion* et après expiration, le cas échéant, du *délai d'attente* (pour les garanties *incapacité temporaire totale de travail* et *invalidité permanente partielle ou totale*).

L'adhésion est fixée pour une durée initiale de 1 an à compter de sa prise d'effet, au terme de laquelle elle pourra continuer à produire ses effets d'année en année par tacite reconduction, sans que ceci emporte novation (c'est-à-dire sans modification de la date d'effet de l'adhésion).

1.1.8. La modification de votre adhésion

Jusqu'au 75^e anniversaire de l'*assuré*, vous pouvez si vous le souhaitez modifier les garanties (hors garanties éteintes ou dont l'âge limite de couverture serait atteint) de votre adhésion (ajout ou suppression de garantie, évolution des montants garantis...).

Pour ce faire, vous (*adhérent*) pouvez vous adresser à votre Conseiller. Ces modifications peuvent générer une nouvelle tarification de l'adhésion et seront prises en compte sous réserve le cas échéant de l'acceptation de l'*assureur*.

Les demandes devront être adressées au moins 2 mois avant la *date anniversaire* de votre adhésion.

Les modifications acceptées donneront lieu à un avenant à l'adhésion.

1.1.9. La résiliation de votre adhésion

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion moyennant un préavis de 2 mois avant la *date anniversaire* de l'adhésion par tout moyen prévu à l'article L113-14 du Code des assurances et plus particulièrement par lettre simple ou tout support durable.

Adresse en cas de résiliation par lettre :

AXA Prévoyance individuelle
TSA 400035
69836 Saint Priest Cedex 9

À réception de la notification, une confirmation écrite vous sera adressée précisant la date de prise d'effet de la résiliation.

L'*assureur* peut par ailleurs résilier les garanties autres qu'en cas de décès, en y mettant fin dans les 2 premières années suivant l'adhésion. Pour cela, il préviendra l'*adhérent* par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois avant la prise d'effet de la résiliation.

Fin des garanties

Les garanties prennent fin à la *date anniversaire* en cas de résiliation et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'*assuré* atteint l'âge limite assurable pour chaque garantie (ces limites sont indiquées pour chaque garantie au chapitre 2).

1.2. Votre cotisation

1.2.1. La détermination de votre cotisation annuelle

Le montant de vos cotisations annuelles est calculé en tenant compte :

- de l'âge de l'*assuré* ;
- du groupe tarifaire défini en fonction de sa profession ;
- de la qualité de fumeur ou *non-fumeur* de l'*assuré*.

Il dépend également :

- des conditions d'acceptation médicale ;
- des conditions d'exercice de la profession ;
- et des activités, sports et loisirs pratiqués par l'*assuré* ;
- et des taxes réglementaires auxquelles les cotisations d'assurance sont soumises. Toute modification de taxe entraîne un réajustement de la cotisation y compris pour les adhésions en cours.

Âge de l'assuré

Pour la détermination du tarif, des niveaux garantis, l'âge de l'*assuré* se calcule par différence entre le millésime de l'année d'adhésion et celui de l'année de naissance, quel que soit le mois de naissance.

Cet âge est calculé à l'adhésion et évolue à chaque *date anniversaire* de l'adhésion ou lors de modification de garanties.

1.2.2. Le paiement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance dans les 10 jours suivant les dates d'échéances fixées selon la périodicité mentionnée au *certificat d'adhésion* (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle).

Conformément aux dispositions de l'article L113-3 du Code des assurances, en cas de non-paiement de votre cotisation ou d'une fraction de votre cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, vous recevrez une lettre recommandée vous informant qu'à l'expiration d'un délai de 30 jours les garanties seront suspendues et qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant la lettre recommandée, l'adhésion sera résiliée, les cotisations déjà encaissées restant acquises à l'*assureur*.

Le paiement de vos cotisations s'arrête dès le décès ou la reconnaissance par AXA de l'*invalidité permanente totale* de l'*assuré*.

1.2.3. L'évolution des garanties et des cotisations

En cours d'adhésion, les garanties et cotisations peuvent être amenées à évoluer pour les raisons suivantes :

a) Indexation

Chaque année avant la *date anniversaire* de l'adhésion, l'*assureur* propose aux *adhérents* ayant opté pour l'indexation, une réévaluation des garanties en fonction de l'évolution du plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS), et ce, sans examen médical. La cotisation évolue du même pourcentage.

Cette réévaluation cesse au plus tard à la *date anniversaire* de l'année d'assurance au cours de laquelle l'*assuré* est âgé de 70 ans ou au décès de l'*assuré*.

Vous pouvez refuser définitivement l'augmentation des garanties. Elles resteront alors au niveau précédent. Pour cela, *vous* devez renvoyer à AXA Prévoyance Individuelle - TSA 40035 - 69836 Saint Priest Cedex 9 - une lettre indiquant votre refus, **au moins un mois avant la date anniversaire de l'adhésion**. À défaut de manifestation expresse de votre part, *vous* serez considéré comme acceptant l'augmentation des garanties jusqu'à la prochaine *date anniversaire* de votre adhésion.

b) Mariage, naissance ou adoption

Vous pouvez demander une augmentation du capital garanti en cas de décès ou d'*invalidité permanente totale*, sans sélection médicale dans une limite de 20 % de son montant, à l'occasion des événements suivants : mariage ou PACS de l'*assuré*, naissance ou adoption, dans un délai maximal de 3 mois suivant cet événement.

c) Âge de l'assuré

Les cotisations évoluent, à l'échéance anniversaire de l'adhésion, en fonction de l'âge de l'*assuré*.

d) Autres changements de situation

En cas de changement de situation de l'*assuré* en cours d'adhésion (hors état de santé) entraînant une modification du risque ou son appréciation, les cotisations pourront évoluer en conséquence.

e) Modifications consécutives à des évolutions

En dehors de toute variation due à l'indexation des garanties, à l'évolution de l'âge ou à un changement de situation de l'*assuré*, les cotisations peuvent faire l'objet d'une modification tarifaire consécutive à des évolutions législatives, réglementaires, à une évolution des modalités d'imposition ou de taxe ou à une évolution du risque.

Dans ces hypothèses, *vous* serez informé de ces modifications, et pourrez refuser ces modifications en résiliant votre adhésion, par lettre simple ou recommandée adressée à AXA Prévoyance Individuelle - TSA 40035 - 69836 Saint Priest Cedex 9 - dans les 15 jours suivant la date à laquelle *vous* avez eu connaissance de la modification.

La résiliation prend effet un mois après la demande, le cachet de la poste faisant foi.

2. LES GARANTIES DE PRÉVOYANCE

Les tableaux ci-dessous présentent les différentes garanties proposées (obligatoires et optionnelles) et les combinaisons possibles que l'adhérent peut choisir au moment de son adhésion.

Garanties obligatoires

Au moins l'une des garanties principales présentées dans le tableau ci-dessous est obligatoire.

RISQUE	REMARQUES	GARANTIES PRINCIPALES	CONTENU DE LA GARANTIE
Décès / Invalidité Permanente Totale (IPT)	Les garanties principales peuvent être souscrites seules ou simultanément.	Capital décès toutes causes ou Capital Invalidité Permanente Totale (IPT) toutes causes	■ Capital Décès toutes causes ■ Capital Invalidité Permanente Totale (IPT) ■ Double effet
		Capital décès par accident ou Capital Invalidité Permanente Totale (IPT) par accident	■ Capital Décès par accident ■ Capital Invalidité Permanente Totale (IPT) par accident
		Rente éducation décès ou Rente éducation Invalidité Permanente Totale (IPT)	■ Rente Éducation en cas de décès ■ Rente Éducation en cas d'Invalidité Permanente Totale (IPT) ■ Double effet
		Rente décès ou Rente Invalidité Permanente Totale (IPT)	■ Rente Décès ■ IPT

Garanties optionnelles

Les garanties proposées ci-dessous sont optionnelles et peuvent être souscrites si au moins l'une des garanties obligatoires ci-dessus a été souscrite.

RISQUE	GARANTIES PROPOSÉES	REMARQUES
Décès / Invalidité Permanente Totale (IPT)	Capital Décès double garantie	Cette garantie ne peut être souscrite qu'avec la garantie Capital Décès toutes causes
Incapacité temporaire totale de travail	Indemnités journalières en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail toutes causes	Ces 2 garanties ne sont pas cumulables
	Indemnités journalières en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail par accident	
	Exonération en cas d'incapacité	Cette garantie ne peut être souscrite qu'avec une garantie Incapacité Temporaire Totale de travail
Invalidité partielle ou totale	Rente en cas d'invalidité fonctionnelle toutes causes	Ces 2 garanties ne sont pas cumulables
	Rente en cas d'invalidité permanente partielle ou totale par accident	
	Capital en cas d'invalidité permanente partielle ou totale toutes causes	Ces 2 garanties ne sont pas cumulables
	Capital en cas d'invalidité permanente partielle ou totale par accident	
	Exonération en cas d'invalidité	Cette garantie ne peut être souscrite qu'avec une garantie Rente Invalidité fonctionnelle toutes causes ou Rente Invalidité permanente partielle ou totale par accident

2.1. Garanties en cas de décès, Invalidité Permanente Totale (IPT)

2.1.1. Capital décès toutes causes ou Capital Invalidité Permanente Totale (IPT) toutes causes

a) La garantie en cas de décès

En cas de décès de l'*assuré* avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il est âgé de 85 ans, l'*assureur* verse le montant du capital garanti à la date du décès au(x) *bénéficiaire(s)* désigné(s) pour cette garantie. Ce versement met fin au contrat.

b) La garantie en cas d'invalidité permanente totale

Si l'*assuré* est en *invalidité permanente totale*, l'*assureur* lui verse, par anticipation, le montant du capital décès garanti à la date de *consolidation* de l'invalidité. Ce versement sera accordé si la *consolidation* en invalidité survient alors que la garantie est en cours. Ce versement met fin au contrat.

La garantie prend fin à la plus proche des dates suivantes :

- à la liquidation des droits au titre du régime obligatoire de retraite dont l'*assuré* relève selon sa profession ;
- à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle **l'*assuré* est âgé de 67 ans.**

c) La garantie double effet - en cas de décès du conjoint, partenaire ou concubin

Si le *conjoint*, *partenaire* pacsé ou *concubin* de l'*assuré* vient à décéder simultanément ou dans les 12 mois suivant le décès de l'*assuré*, et s'il existe au moins un *enfant* de l'*assuré* *fiscalement à charge* au moment du décès du *conjoint*, du *partenaire* pacsé ou du *concubin*, il est versé un capital supplémentaire au profit du ou des enfants à charge.

Le montant de ce capital supplémentaire est égal au montant du capital déjà versé à la date du décès ou de l'*invalidité permanente totale* de l'*assuré*. Si plusieurs enfants sont à charge au moment du décès du *conjoint*, *partenaire* ou *concubin*, le capital est partagé entre eux par parts égales.

2.1.2. Capital décès par accident ou Capital Invalidité Permanente Totale (IPT) par accident

a) La garantie en cas de décès

En cas de décès de l'*assuré* résultant directement d'un *accident* et survenant moins de 12 mois après celui-ci, l'*assureur* verse le montant du capital garanti à la date du décès au(x) *bénéficiaire(s)* désigné(s) pour cette garantie, si le décès survient avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle **l'*assuré* est âgé de 85 ans.** Ce versement met fin au contrat.

b) La garantie en cas d'invalidité permanente totale

Si l'*assuré* est en *invalidité permanente totale* par suite d'un *accident*, moins de 24 mois après celui-ci, l'*assureur* lui verse, par anticipation, le montant du capital décès garanti à la date de *consolidation* de l'invalidité. Ce versement sera accordé si la *consolidation* en invalidité survient alors que la garantie est en cours. Ce versement met fin au contrat.

La garantie prend fin à la plus proche des dates suivantes :

- à la liquidation des droits au titre du régime obligatoire de retraite dont l'*assuré* relève selon sa profession ;
- à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle **l'*assuré* est âgé de 67 ans.**

2.1.3. Capital décès double garantie

Cette garantie ne peut être souscrite sans la garantie Capital décès toutes causes ou Capital *invalidité permanente totale* toutes causes.

Si l'*assuré*, en *invalidité permanente totale*, décède au moins un an après la *consolidation* de celle-ci, l'*assureur* verse un capital supplémentaire aux *bénéficiaires* désignés pour cette garantie.

Ce versement, d'un montant correspondant au capital *invalidité permanente totale* déjà versé, ne sera accordé que si le décès survient avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle **l'*assuré* est âgé de 85 ans.**

2.1.4. Rente éducation décès ou Rente éducation Invalidité Permanente Totale (IPT)

a) La garantie Rente éducation en cas de décès

En cas de décès de l'*assuré*, avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle **il est âgé de 85 ans**, l'*assureur* verse aux enfants *bénéficiaires* désignés ainsi qu'aux enfants nés moins de 300 jours après le décès de l'*assuré*, le montant de la rente éducation garanti à la date du décès. L'enfant *bénéficiaire* désigné doit être fiscalement à charge de l'*assuré* à la date du décès.

La rente éducation est versée jusqu'au 26^e anniversaire de l'enfant *bénéficiaire*.

Au-delà du 26^e anniversaire, l'*assureur* verse viagèrement la rente :

- si le *bénéficiaire* perçoit une des allocations prévues pour les enfants/adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation lui ait été attribuée avant son 21^e anniversaire ;
- et si la garantie rente éducation a été souscrite avant le 16^e anniversaire de l'enfant.

Évolution du montant de la rente :

Le montant de la rente versé est fonction du montant choisi à l'adhésion et de l'âge de l'enfant à chaque date de versement de la rente. Ainsi, la rente versée correspond à :

- 1^{er} palier : 100 % du montant souscrit lorsque le *bénéficiaire* est âgé de 0 à 11 ans ;
- 2^e palier : 125 % du montant souscrit lorsque le *bénéficiaire* est âgé de 12 à 17 ans ;
- 3^e palier : 150 % du montant souscrit lorsque le *bénéficiaire* est âgé de 18 à 26 ans.

Pour déterminer les changements de palier, l'âge de l'enfant est recalculé à chaque *date anniversaire* par différence de millésime entre l'année de calcul et l'année de naissance de l'enfant.

Les modalités de versement des prestations sont précisées au paragraphe 2.1.6. de la présente *Notice d'information*.

b) La garantie Rente éducation en cas d'invalidité permanente totale

Dans le cas où l'*assuré* est reconnu en *invalidité permanente totale*, l'*assureur* lui verse, dans les mêmes conditions qu'en cas de décès, le montant de la rente garanti à la date de *consolidation* de l'invalidité. Ce versement sera accordé si la *consolidation* en invalidité survient alors que la garantie est en cours.

La garantie prend fin à la plus proche des dates suivantes :

- à la liquidation des droits au titre du régime obligatoire de retraite dont l'*assuré* relève selon sa profession ;
- à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle **l'assuré est âgé de 67 ans**.

Si l'*assuré*, en *invalidité permanente totale*, décède, le montant de la rente sera ensuite versé aux enfants *bénéficiaires* dans les mêmes conditions que celles visées au paragraphe 2.1.4.a).

c) La garantie double effet - en cas de décès du conjoint, partenaire ou concubin

En cas de décès simultané ou postérieur du *conjoint, partenaire* ou *concubin* de l'*assuré* et s'il existe au moins un enfant de l'*assuré* fiscalement à charge du *conjoint, partenaire* ou *concubin* au moment de son décès, le montant de la rente en cours de service est doublé.

2.1.5. Rente décès ou Rente Invalidité Permanente Totale (IPT)

a) La garantie en cas de décès

En cas de décès de l'*assuré*, avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle **il est âgé de 85 ans**, l'*assureur* verse au *bénéficiaire* désigné pour cette garantie une rente dont le montant est celui garanti à la date du décès.

La rente est servie au *bénéficiaire* jusqu'à son décès. **Toutefois, à compter de ses 65 ans, le montant de la rente est réduit de 50 %.**

b) La garantie en cas d'invalidité permanente totale

Si l'*assuré* est en *invalidité permanente totale*, l'*assureur* lui verse le montant de la rente garanti à la date de

consolidation de l'invalidité. Ce versement sera accordé si la *consolidation* en invalidité survient alors que la garantie est en cours.

La garantie prend fin à la plus proche des dates suivantes :

- à la liquidation des droits au titre du régime obligatoire de retraite dont l'*assuré* relève selon sa profession ;
- à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle **l'*assuré* est âgé de 67 ans.**

Si l'*assuré*, en *invalidité permanente totale*, décède, le montant de la rente décès sera ensuite versé au *bénéficiaire* désigné dans les mêmes conditions que celles visées au paragraphe 2.1.5.a).

Les modalités de versement des prestations sont précisées au paragraphe 2.1.6 de la présente *Notice d'information*.

2.1.6. Services des prestations

a) Prestations en capital

Sur demande du *bénéficiaire*, toute prestation en capital pourra être transformée en rente, suivant les conditions en vigueur au moment du règlement.

b) Prestations en rente

La rente prend effet à la date de *consolidation* en cas d'invalidité ou le jour suivant la date du décès de l'*assuré*. Elle est versée à terme échu, à la fin de chaque trimestre civil. Le calcul du premier et du dernier versement se fait au prorata temporis.

Pour permettre le maintien des prestations qui leur sont dues, les *bénéficiaires* de rente *invalidité permanente totale*, de rente éducation décès et/ou de rente décès doivent fournir, au mois de janvier de chaque année, un certificat de vie.

2.1.7. Impact des événements décès, Invalidité permanente totale (IPT) sur l'adhésion

La survenance du décès de l'*assuré* met fin à l'adhésion, mais elle ne remet pas en cause le versement des prestations en rente déclenchées par le décès.

La reconnaissance par AXA de l'*invalidité permanente totale* de l'*assuré* :

- met fin aux garanties de l'adhésion à l'exception des garanties rente décès, rente éducation décès ou capital double garantie dont les prestations seront versées en cas de décès de l'*assuré* ;
- suspend le paiement des cotisations tant que dure l'invalidité.

2.2. Garanties en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente partielle ou totale

2.2.1. Indemnités Journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail toutes causes

a) Définition de la garantie

En cas d'*incapacité temporaire totale de travail* de l'*assuré* par suite d'une *maladie* ou d'un *accident*, l'*assureur* lui verse des indemnités journalières dont le montant est celui garanti au 1^{er} jour de l'arrêt de travail.

Ces indemnités seront uniquement versées :

- si l'arrêt de travail intervient alors que la garantie est en cours, c'est-à-dire avant le départ à la retraite de l'*assuré* et au plus tard avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle **il est âgé de 67 ans ;**
- **et si l'*assuré* exerce une activité professionnelle lors de la survenance de l'arrêt de travail.**

Ainsi, si l'*assuré* est, à la date de survenance de l'arrêt de travail, au chômage, à la retraite ou en cessation d'activité professionnelle, il ne pourra pas prétendre à cette garantie.

b) Service des prestations

Les indemnités journalières sont versées par jour d'arrêt de travail médicalement constaté, à terme échu. Le versement est effectué par quinzaine, après expiration de la période de *franchise* indiquée au *certificat d'adhésion* et en fonction des circonstances de l'arrêt de travail (*hospitalisation, accident ou maladie*).

Le versement des indemnités journalières cesse à la plus proche des dates suivantes :

- à la reprise totale d'activité professionnelle ;
- à la date de *consolidation* d'une invalidité permanente ;
- au 365^e ou 1 095^e jour d'arrêt de travail (ce délai incluant la période de *franchise*) selon la durée d'indemnisation indiquée sur le *certificat d'adhésion* ;
- à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'**assuré est âgé de 67 ans** ;
- à la liquidation des droits au titre du régime obligatoire de retraite dont l'*assuré* relève selon sa profession.

Toute possibilité de reprise partielle d'activité professionnelle entraîne une réduction des prestations de 50 %.

En cas de *rechute* dans les 90 jours suivant la reprise d'activité, le paiement des indemnités reprend immédiatement, sans nouveau délai de *franchise*, si le nouvel arrêt est dû aux mêmes causes que l'arrêt précédent.

Si aucune prestation n'a été versée lors du premier arrêt, du fait de la *franchise*, celle-ci continue à s'écouler avant le début du versement des prestations.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux affections de la colonne vertébrale pour lesquelles tout nouvel arrêt de travail sera assujéti aux délais de *franchise*.

En cas de *rechute* au-delà des 90 jours suivant la reprise d'activité, la *franchise* sera de nouveau appliquée.

2.2.2. Indemnités Journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail par accident

a) Définition de la garantie

En cas d'*incapacité temporaire totale de travail* de l'*assuré* par suite d'un *accident*, l'*assureur* lui verse des indemnités journalières dont le montant est celui garanti au 1^{er} jour de l'arrêt de travail.

Ces indemnités seront uniquement versées :

- si l'arrêt de travail intervient alors que la garantie est en cours, c'est-à-dire avant le départ à la retraite de l'*assuré* et au plus tard avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle **il est âgé de 67 ans** ;
- **et si l'*assuré* exerce une activité professionnelle lors de la survenance de l'arrêt de travail.**

Ainsi, si l'*assuré* est, à la date de survenance de l'arrêt de travail, au chômage, à la retraite ou en cessation d'activité professionnelle, il ne pourra pas prétendre à cette garantie.

b) Service des prestations

Les indemnités journalières sont versées par jour d'arrêt de travail médicalement constaté, à terme échu. Le versement est effectué par quinzaine, après expiration de la période de *franchise* indiquée au *certificat d'adhésion*.

Le versement des indemnités journalières cesse à la plus proche des dates suivantes :

- à la reprise totale d'activité professionnelle ;
- à la date de *consolidation* d'une invalidité permanente ;
- au 1 095^e jour d'arrêt de travail (ce délai incluant la période de *franchise*) ;
- à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'**assuré est âgé de 67 ans** ;
- à la liquidation des droits au titre du régime obligatoire de retraite dont l'*assuré* relève selon sa profession.

Toute possibilité de reprise partielle d'activité professionnelle entraîne une réduction des prestations de 50 %.

En cas de *rechute* dans les 90 jours suivant la reprise d'activité, le paiement des indemnités reprend immédiatement, sans nouveau délai de *franchise*, si le nouvel arrêt est dû aux mêmes causes que l'arrêt précédent.

Si aucune prestation n'a été versée lors du premier arrêt, du fait de la *franchise*, celle-ci continue à s'écouler avant le début du versement des prestations.

En cas de *rechute* au-delà des 90 jours suivant la reprise d'activité, la *franchise* sera de nouveau appliquée.

2.2.3. Rente en cas d'invalidité fonctionnelle toutes causes

a) Définition de la garantie

Une rente invalidité est versée à l'*assuré* qui se trouve, par suite d'une *maladie* ou d'un *accident*, atteint d'une *invalidité permanente partielle ou totale* appréciée par rapport à son taux d'*invalidité fonctionnelle*.

La rente sera uniquement versée si les conditions cumulatives ci-dessous sont réunies :

- si la *consolidation* en invalidité survient alors que la garantie est en cours, c'est-à-dire avant le départ à la retraite de l'*assuré* et au plus tard avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle **il est âgé de 67 ans** ;
- si l'*assuré* exerce une **activité professionnelle lors de la survenance du fait générateur de l'invalidité** ;
- et si le **taux d'invalidité fonctionnelle est supérieur ou égal à 11 % en cas d'accident ou 33 % en cas de maladie**.

Le montant de la rente invalidité est celui garanti à la date de *consolidation* en invalidité, multiplié par le taux d'indemnisation (n) résultant de l'*invalidité fonctionnelle* de l'**assuré**.

b) Taux d'invalidité fonctionnelle et fixation du taux d'indemnisation (n)

Le taux d'indemnisation dépend du taux d'*invalidité fonctionnelle* établi d'après le barème des *accidents* du travail de la Sécurité sociale.

En cas d'infirmités préexistantes, pour des membres ou organes déjà lésés, le taux d'invalidité est déterminé déduction faite du taux d'invalidité antérieur.

Si l'*assuré* est atteint de plusieurs lésions à un seul membre ou organe, les taux d'invalidité en résultant se cumulent, sans que le total puisse dépasser le pourcentage prévu pour la perte de ce membre ou de cet organe.

Le taux d'indemnisation (n) correspondant au taux d'*invalidité fonctionnelle* est donné par le tableau suivant :

Taux Inval. (%)	Taux Indemn. (%)	Taux Inval. (%)	Taux Indemn. (%)	Taux Inval. (%)	Taux Indemn. (%)	Taux Inval. (%)	Taux Indemn. (%)	Taux Inval. (%)	Taux Indemn. (%)	Taux Inval. (%)	Taux Indemn. (%)
11	1,50	21	16,50	31	31,14	41	43,49	51	58,35	61	77,09
12	3,00	22	18,00	32	32,29	42	44,84	52	60,03	62	79,24
13	4,50	23	19,50	33	33,46	43	46,22	53	61,74	63	81,45
14	6,00	24	21,00	34	34,65	44	47,63	54	63,5	64	83,71
15	7,50	25	22,50	35	35,85	45	49,06	55	65,3	65	86,04
16	9,00	26	24,00	36	37,07	46	50,53	56	67,14	66	100
17	10,50	27	25,50	37	38,31	47	52,02	57	69,03	67	100
18	12,00	28	27,00	38	39,57	48	53,55	58	70,97	68	100
19	13,50	29	28,50	39	40,86	49	55,12	59	72,96	69	100
20	15,00	30	30,00	40	42,16	50	56,72	60	75,00	70	100

c) Services des prestations

La rente prend effet à la date de *consolidation* en invalidité. Elle est versée à terme échu, à la fin de chaque trimestre civil. Le calcul du premier et du dernier versement se fait au prorata temporis. Le versement intervient tant que dure l'état d'invalidité et que le taux d'*invalidité fonctionnelle* est supérieur ou égal à 11 % en cas d'*accident* et supérieur ou égal à 33 % en cas de *maladie*. Le taux d'indemnisation est révisable, à la hausse comme à la baisse, si la consolidation du nouveau taux en invalidité survient alors que la garantie est en cours, c'est-à-dire avant le départ à la retraite de l'*assuré* et au plus tard avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle **il est âgé de 67 ans**.

En cas de révision du taux, le montant de la rente est ajusté à compter de la date de constatation du nouveau taux.

Le versement de la rente cesse à la plus proche des dates suivantes :

- à la liquidation des droits au titre du régime obligatoire de retraite dont l'*assuré* relève selon sa profession ;
- ou à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle **il est âgé de 67 ans**.

2.2.4. Capital en cas d'invalidité permanente partielle ou totale toutes causes

Un capital invalidité est versé à l'assuré qui se trouve par suite d'une *maladie* ou d'un *accident*, atteint d'une *invalidité permanente partielle ou totale* appréciée par rapport à son taux d'*invalidité fonctionnelle*.

Le capital sera uniquement versé si les conditions cumulatives ci-dessous sont réunies :

- si la *consolidation* en invalidité survient alors que la garantie est en cours, c'est-à-dire avant le départ à la retraite de l'assuré et au plus tard avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle **il est âgé de 67 ans** ;
- si l'assuré exerce une activité professionnelle lors de la survenance du fait générateur de l'invalidité ;
- et si le taux d'*invalidité fonctionnelle* est supérieur ou égal à 11 % en cas d'*accident* ou 33 % en cas de *maladie*.

Le montant de capital est celui garanti à la date de *consolidation* en invalidité, multiplié par le taux d'indemnisation (n) résultant du taux d'*invalidité fonctionnelle* de l'assuré, tel que défini au paragraphe 2.2.3.b) de la présente *Notice d'information*.

Le taux d'indemnisation est définitivement fixé à la date de *consolidation* en invalidité sans possibilité de révision.

Le versement du capital met fin à cette garantie, quel que soit le taux d'indemnisation retenu.

2.2.5. Rente en cas d'invalidité permanente partielle ou totale par accident

a) Définition de la garantie

Une rente invalidité est versée à l'assuré qui se trouve, par suite d'un *accident*, atteint d'une *invalidité permanente partielle ou totale* appréciée par rapport à son taux d'*invalidité fonctionnelle*.

La rente sera uniquement versée si les conditions cumulatives ci-dessous sont réunies :

- si la *consolidation* en invalidité survient alors que la garantie est en cours, c'est-à-dire avant le départ à la retraite de l'assuré et au plus tard avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle **il est âgé de 67 ans** ;
- si l'assuré exerce une activité professionnelle lors de la survenance du fait générateur de l'invalidité ;
- et si le taux d'*invalidité fonctionnelle* est supérieur ou égal à 11 %.

Le montant de la rente invalidité est celui garanti à la date de *consolidation* en invalidité, multiplié par le taux d'indemnisation (n) résultant du taux d'*invalidité fonctionnelle* de l'assuré, tel que défini au paragraphe 2.2.3.b) de la présente *Notice d'information*.

b) Service des prestations

La rente prend effet à la date de *consolidation* en invalidité. Elle est versée à terme échu, à la fin de chaque trimestre civil. Le calcul du premier et du dernier versement se fait au prorata temporis. Le versement intervient tant que dure l'état d'invalidité et que le taux d'*invalidité fonctionnelle* est supérieur ou égal à 11 %. Le taux d'indemnisation est révisable, à la hausse comme à la baisse, si la consolidation du nouveau taux en invalidité survient alors que la garantie est en cours, c'est à dire avant le départ à la retraite de l'assuré et au plus tard avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle **il est âgé de 67 ans**.

En cas de révision du taux, le montant de la rente est ajusté à compter de la date de constatation du nouveau taux.

Le versement de la rente cesse à la plus proche des dates suivantes :

- à la liquidation des droits au titre du régime obligatoire de retraite dont l'assuré relève selon sa profession ;
- ou à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle **il est âgé de 67 ans**.

2.2.6. Capital en cas d'invalidité permanente partielle ou totale par accident

Un capital invalidité est versé à l'assuré qui se trouve par suite d'un *accident*, atteint d'une *invalidité permanente partielle ou totale* appréciée par rapport à son taux d'*invalidité fonctionnelle*.

Le capital sera uniquement versé si les conditions cumulatives ci-dessous sont réunies :

- si la *consolidation* en invalidité survient alors que la garantie est en cours, c'est-à-dire avant le départ à la retraite de l'assuré et au plus tard avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle **il est âgé de 67 ans** ;
- si l'assuré exerce une activité professionnelle lors de la survenance du fait générateur de l'invalidité ;
- et si le taux d'invalidité fonctionnelle est supérieur ou égal à 11 %.

Le montant du capital est celui garanti à la date de *consolidation* en invalidité, multiplié par le taux d'indemnisation (n) résultant du taux d'invalidité fonctionnelle de l'assuré, tel que défini au paragraphe 2.2.3.b) de la présente *Notice d'information*.

Le taux d'indemnisation est définitivement fixé à la date de *consolidation* en invalidité sans possibilité de révision.

Le versement du capital met fin à cette garantie, quel que soit le taux d'indemnisation retenu.

2.2.7. Exonération des cotisations en cas d'incapacité temporaire totale de travail

Cette garantie ne peut pas être souscrite sans une garantie *incapacité temporaire totale de travail*.

Durant la période de versement des indemnités journalières, l'adhérent est remboursé des cotisations de l'ensemble des garanties en cours durant la période d'indemnisation, à raison de 1/365^e de la cotisation annuelle par jour d'arrêt de travail total indemnisé.

Cette garantie prend fin en même temps que les garanties *incapacité temporaire totale de travail*.

Toutes les limitations ou exclusions prévues pour l'*incapacité temporaire totale de travail* s'appliquent à la présente garantie exonération.

Pendant la période d'exonération, les garanties en cours sont intégralement maintenues. Toutefois, aucune augmentation de garantie ne pourra être accordée.

2.2.8. Exonération des cotisations en cas d'invalidité permanente partielle ou totale

Cette garantie ne peut pas être souscrite sans la garantie Rente en cas d'invalidité fonctionnelle toutes causes ou la garantie rente en cas d'invalidité permanente partielle ou totale par accident.

En cas d'invalidité permanente de l'assuré supérieur ou égale à 66 %, suite à *maladie* ou à *accident* et déclenchant une indemnisation au titre des garanties invalidités, l'adhérent ne paie plus ses cotisations jusqu'au terme de la garantie sauf s'il n'est plus reconnu en état d'invalidité d'au moins 66 %. Dans ce cas, les cotisations ne seront plus prises en charge par l'assureur et seront de nouveau appelées.

Cette garantie prend fin en même temps que les garanties invalidité.

Toutes les limitations ou exclusions prévues pour l'*invalidité permanente partielle ou totale* s'appliquent à la présente garantie exonération.

Pendant la période d'exonération, les garanties en cas de décès en cours sont maintenues. Toutefois, il ne peut être procédé à aucune augmentation des garanties.

2.3. Gestion des prestations

2.3.1. Formalités à accomplir en cas de sinistre

a) En cas de décès de l'assuré

Les pièces suivantes doivent être adressées à l'assureur :

Pièces obligatoires dans tous les cas	■ un extrait d'acte de décès de l'assuré ; ■ un certificat médical post mortem ; ■ pour chaque bénéficiaire : – une photocopie recto-verso d'une pièce d'identité officielle du bénéficiaire, – un relevé d'identité bancaire du bénéficiaire, – le document fiscal réglementaire : Attestation sur l'honneur telle que prévue par l'article 990I du Code général des impôts ou en cas de décès de l'assuré après 70 ans le certificat constatant l'acquittement ou la non-exigibilité de l'impôt prévu par l'article 757 B du Code général des impôts, ainsi que toutes nouvelles pièces exigées par la réglementation ; ■ dans le cas où la clause bénéficiaire désigne : – les héritiers : un acte de dévolution successorale, – les enfants : une copie du livret de famille
Pièces complémentaires à fournir en cas d'accident	■ le rapport de police ou le Procès-Verbal de Police ou de Gendarmerie ou les références PV en question, ainsi que les coordonnées de la brigade de gendarmerie ou commissariat l'ayant délivré ; ■ ou tout autre document susceptible de prouver la relation de cause à effet entre l'accident et le décès.
Pièces complémentaires à fournir en cas de décès à l'hôpital ou centre de soin	Les comptes-rendus d'hospitalisation et de suivi spécialisé
Pièces complémentaires à fournir en cas de décès à domicile	Le compte-rendu des secours, ainsi que les éléments médicaux de l'assuré (dossier médical, dernières ordonnances, derniers examens médicaux, ...)

L'assureur se réserve également la possibilité de demander toute autre pièce permettant de constituer le dossier.

Les pièces médicales doivent être adressées, sous pli fermé, à l'attention du médecin-conseil de l'assureur.

b) En cas d'incapacité temporaire totale de travail ou invalidité permanente partielle ou totale de l'assuré

Toute demande d'application des garanties en cas d'incapacité doit parvenir à AXA dans les 15 jours qui suivent la fin de la période de franchise, faute de quoi, cette période de franchise est prolongée jusqu'à la réception, par AXA de la déclaration et du certificat médical.

En cas de prolongation d'arrêt de travail, le certificat d'arrêt de travail doit être adressé dans les 15 jours de son établissement, sinon les jours d'arrêt entre l'arrêt précédent et la déclaration de la prolongation ne seront pas indemnisés.

Les pièces suivantes doivent être adressées à l'assureur :

Pièces obligatoires dans tous les cas	■ le formulaire déclaration d'arrêt travail, déclaration d'invalidité (référence A300398) disponible dans votre espace client, ou auprès de votre Conseiller ou de l'assureur ; ■ la copie des comptes-rendus des examens effectués ; ■ la dernière déclaration de revenus ; ■ si l'assuré est salarié, une attestation de son employeur précisant sa situation actuelle à son égard. En cas d'incapacité temporaire totale de travail : ■ un certificat médical indiquant : – le 1^{er} jour d'arrêt s'il s'agit d'un arrêt initial, la durée probable de l'incapacité, les causes et circonstances de cette incapacité, – la prolongation de l'arrêt de travail le cas échéant, – la reprise même partielle des activités. En cas d'invalidité permanente partielle ou totale : ■ une copie de la notification de la Sécurité sociale ou de l'organisme similaire ;
Pièces complémentaires à fournir en cas d'accident	■ la déclaration relatant la date, les causes et circonstances de votre accident ; ■ en cas d'accident de travail, le double de votre déclaration d'accident du travail ; ■ le procès-verbal de police ou de gendarmerie, ou, à défaut ses références (n° du procès-verbal, date de l'accident, lieu de l'accident, brigade de gendarmerie), s'il y a lieu ; ■ les résultats du test d'alcoolémie réalisé (en cas d'hospitalisation ou d'intervention de la police/gendarmerie ou des pompiers) ou une attestation sur l'honneur attestant du résultat du test d'alcoolémie.
Pièces complémentaires à fournir en cas d'hospitalisation	Le bulletin de situation hospitalière, ainsi que le compte rendu d'hospitalisation ou le compte rendu opératoire.

L'assureur se réserve également la possibilité de demander toute autre pièce permettant de constituer le dossier.

Les pièces médicales doivent être adressées, sous pli fermé, à l'attention du médecin-conseil de l'assureur.

2.3.2. Contrôle médical

À tout moment, l'assureur peut faire constater l'état de santé de l'assuré par un médecin. L'assuré pourra alors, se faire assister à ses frais d'un médecin de son choix.

L'assureur peut également déléguer auprès de l'assuré une personne habilitée à le représenter pour effectuer une mission de contrôle.

En cas de refus de contrôle non justifié de l'assuré, l'assureur peut refuser le versement de toute prestation (à venir ou en cours). Il en est de même en cas d'utilisation par l'assuré ou les bénéficiaires de documents ou renseignements inexacts ayant pour but d'induire l'assureur en erreur sur les causes, circonstances ou conséquences d'un événement.

En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et celui d'AXA quant à l'incapacité ou l'invalidité de l'assuré, ces 2 médecins s'en adjoindront un 3^e pour les départager. À défaut d'entente sur le choix de ce médecin, la désignation sera faite, à la requête de la partie la plus diligente, par le président du tribunal compétent du *domicile* de l'assuré. Chaque partie supportera les honoraires de son médecin ainsi que la moitié des frais de tierce-expertise si elle a lieu.

2.4. Désignation et acceptation des bénéficiaires

2.4.1. Désignation des bénéficiaires

Vous pouvez désigner le ou les *bénéficiaires* en cas de décès à l'adhésion, et ultérieurement par avenant, par acte sous seing privé ou par acte authentique. Lorsque le *bénéficiaire* est nommément désigné, *vous* pouvez porter à l'adhésion les coordonnées de ce dernier, que *nous* utiliserons en cas de décès de l'assuré.

Pour cette désignation, *vous* pouvez utiliser une des possibilités suivantes :

- désigner « le *conjoint* de l'assuré non séparé de corps ou son *partenaire* lié par un pacte civil de solidarité, à défaut les enfants nés ou à naître de l'assuré(e) par parts égales entre eux ou leurs descendants venant en lieu et place, à défaut les héritiers de l'assuré(e) (héritiers légaux ou légataires universels) par parts égales entre eux » ;
- désigner nominativement les *bénéficiaires* ou rédiger une clause particulière en *nous* communiquant le(s) nom(s), prénom(s) du (ou des) *bénéficiaire(s)*, ainsi que leur(s) coordonnées.

Vous pouvez modifier par avenant la clause *bénéficiaire* lorsque celle-ci n'est plus appropriée.

Cependant, *nous* attirons votre attention sur le fait que la désignation devient irrévocable (sauf cas de révocation du *bénéficiaire* légalement permise) en cas d'acceptation du *bénéficiaire* y compris en cas d'adhésion spécifique (couverture de crédit, ...).

2.4.2. Acceptation des bénéficiaires

En cas de vie de l'assuré et de l'adhérent, l'acceptation est faite par un avenant signé par l'assureur, l'adhérent et le *bénéficiaire*. L'acceptation peut être également faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé par l'adhérent et le *bénéficiaire*.

L'acceptation n'a d'effet à l'égard de l'assureur que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit. L'assureur formalisera alors l'acceptation qui lui a été notifiée par un avenant.

Si la désignation du *bénéficiaire* est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir que 30 jours au moins à compter du moment où l'adhérent est informé que l'adhésion est conclue. Après le décès de l'assuré ou de l'adhérent, l'acceptation est libre.

Conformément aux dispositions du Code des assurances, après acceptation du *bénéficiaire*, *vous* ne pourrez plus consentir un nantissement postérieur à cette acceptation, sauf accord écrit et express du *bénéficiaire*.

Dans l'hypothèse d'une acceptation de la clause *bénéficiaire*, *vous vous* engagez, sauf accord écrit et express du *bénéficiaire*, à ne pas utiliser l'adhésion comme instrument de garantie, à ne pas procéder à des opérations de cession de l'adhésion, ou, d'une manière générale, à ne procéder à aucun acte susceptible de remettre en cause le caractère irrévocable de cette désignation.

3. LES SERVICES D'ASSISTANCE

Les services d'assistance ont pour objet l'organisation et la prise en charge de prestations qui visent à accompagner l'*assuré* ou sa famille en cas d'*incapacité temporaire totale de travail*, d'invalidité permanente ou de décès de l'*assuré*.

Le service Assistance cité ci-dessous désigne l'organisme chargé de mettre en place les prestations décrites dans ce chapitre.

3.1. Prestations accordées en cas d'hospitalisation imprévue de l'assuré supérieure à 24 heures ou d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours

3.1.1. Garde des enfants

Si personne ne peut assurer la garde des enfants de l'*assuré* de moins de 15 ans, le service Assistance organise et prend en charge, dès le premier jour de l'événement :

- soit l'acheminement d'un *proche* au *domicile* de l'*assuré* ;
- soit l'acheminement des enfants au *domicile* d'un *proche* ;
- soit la garde des enfants et/ou des petits enfants par du personnel qualifié au *domicile* de l'*assuré*, dans les 15 jours suivant la date de l'*hospitalisation* avec un minimum de 2 heures consécutives et pour **la durée maximale de 20 heures**.

Le personnel qualifié, en fonction de l'âge des enfants et/ou des petits enfants, assurera également leur accompagnement à l'école.

En aucun cas, cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'*hospitalisation* ou de l'immobilisation.

Le service Assistance prend en charge le ou les titres de transport aller/retour en avion de ligne classe économique ou en train 1^{re} classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des enfants et/ou des petits enfants chez un *proche* par le personnel qualifié.

Le service Assistance intervient à la demande des parents et ne peut être tenu pour responsable des événements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants.

3.1.2. Aide-ménagère ou auxiliaire de vie

Le service Assistance recherche et prend en charge une aide-ménagère ou auxiliaire de vie au *domicile* de l'*assuré*, pendant la durée d'immobilisation/d'*hospitalisation* ou dès le retour au *domicile* de l'*assuré*. Elle aura en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes.

La prestation est limitée à une **durée maximale de 20 heures** avec un minimum de 2 heures consécutives, sur une période de 15 jours maximum à compter de la date d'*hospitalisation* ou de la date du retour au *domicile* de l'*assuré*, ou de la date d'immobilisation.

L'*assuré* doit formuler sa demande dans les 8 jours qui suivent la date de l'événement générateur.

Seul le service Assistance est habilité à fixer le nombre d'heures alloué et la durée d'application de la prestation après avoir établi un bilan médical.

3.1.3. Garde des malades

Si personne ne peut assurer la garde de l'*assuré*, dès le premier jour de l'événement générateur, le service Assistance recherche et organise sa garde par du personnel qualifié à son *domicile*. Le service Assistance prend en charge la personne qualifiée pour la **durée maximale de 20 heures** avec un minimum de 2 heures consécutives, sur une période de 10 jours après la date de l'événement générateur.

3.1.4. Présence d'un proche

Le service Assistance organise et prend en charge un titre de transport aller / retour en avion classe économique ou en train 1^{re} classe pour un membre de la famille ou un *proche* afin de se rendre au chevet de l'*assuré* hospitalisé ou immobilisé.

Cette garantie est accordée si aucun membre de la famille de l'*assuré* ne se trouve dans un rayon de 50 km de son lieu de *domicile*.

3.2. Prestations accordées en cas de décès de l'assuré

Les prestations sont accordées aux membres de la famille du défunt (*conjoint, partenaire ou concubin et enfants résidant sous le même toit*).

Pour les prestations d'information juridique ou de conseil, le service Assistance devra éventuellement effectuer des recherches et rappeler le membre de la famille de l'*assuré* ultérieurement afin de lui communiquer les renseignements nécessaires non disponibles immédiatement. Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité du service Assistance ne pourra en aucun cas être engagée du fait de l'interprétation des informations transmises.

3.2.1. Informations et conseils « obsèques »

Le service Assistance met à la disposition des personnes précitées, un service d'informations téléphoniques sur les formalités et démarches lors d'un décès, accessible de 8 h 00 à 20 h 30 (heure de Paris) et 7 jours sur 7.

Les thèmes couverts sont les suivants :

Les démarches facultatives :

- les obsèques civiles ou religieuses ;
- les prélèvements d'organes ;
- le don du corps ;
- la crémation.

Les démarches après le décès :

- la constatation ;
- la déclaration ;
- les papiers à demander ;
- les organismes à prévenir ;
- les dispositions financières.

Les réglementations particulières :

- les soins de conservation ;
- les chambres funéraires ;
- le transport ;
- les cimetières et concessions.

L'organisation des obsèques :

- les services de pompes funèbres ;
- l'inhumation ;
- le coût des obsèques.

3.2.2. Information juridique « obsèques »

Le service Assistance met à la disposition des personnes précitées un service d'informations juridiques. Ce service est accessible du lundi au vendredi de 9 h 30 à 19 h (heure de Paris), sauf jours fériés.

Les thèmes couverts sont les suivants :

- l'héritage et succession ;
- la dévolution légale ;
- l'indivision successorale ;
- les droits du *conjoint* survivant ;
- les ordres et les degrés ;
- l'option successorale ;
- la déclaration de succession ;
- les libéralités ;
- les testaments ;
- les pensions et allocations.

3.2.3. Mise à disposition de courriers types

Sur demande d'un *proche* de l'*assuré*, pour faciliter la rédaction de divers documents à fournir aux différents organismes ou établissements (employeurs, administrations...) suite au décès de l'*assuré*, le service Assistance met à sa disposition sous 48 h (par fax ou par courriel), des modèles de courriers adaptés et ce pendant 3 mois à partir de la date du décès.

Les éléments fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité du service Assistance ne pourra en aucun cas être engagée du fait de leur utilisation.

3.3. Dispositions applicables aux services d'assistance

3.3.1. Mise en œuvre des prestations

Le service Assistance s'engage à mobiliser tous les moyens nécessaires pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance décrites dans la présente *Notice d'information*.

Le service Assistance intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux.

En cas d'événement nécessitant l'intervention du service Assistance, la demande doit être adressée directement par téléphone au numéro suivant : **01 55 92 26 92**

3.3.2. Conditions générales d'application

L'organisation par l'*assuré* ou par son entourage de tout ou partie des prestations d'assistance précitées sans l'accord préalable du service Assistance, matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à remboursement.

3.3.3. Conditions restrictives d'application

L'engagement du service Assistance repose sur une obligation de moyens et non de résultat. Le service Assistance ne peut être tenu pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des garanties provoqués par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme, tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire, toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité.

4. LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES

L'ensemble des exclusions présentées ci-dessous s'appliquent dans le monde entier.

4.1. Exclusions et limites des garanties

4.1.1. Exclusions communes à toutes les garanties (garanties décrites au chapitre 2 de la présente Notice d'information)

Sont exclus de toutes les garanties :

■ **les conséquences de l'exercice des activités suivantes**, sauf acceptation par l'assureur mentionnée dans le *certificat d'adhésion* :

– **activités et sports et loisirs à risque** suivants(y compris pratique occasionnelle)

SPORTS ET LOISIRS À RISQUE	ACTIVITÉS À RISQUE
■ sports extrêmes : Base jump, wingsuit, speed riding, saut à l'élastique, zorbing, tout sport pratiqué en mode freeride, essais de matériel de saut, ou tout autre sport notoirement considéré comme sport extrême, ou toute activité sportive non représentée par une fédération sportive française ; ■ raids sportifs, aventure, nature et expéditions Activités aériennes motorisés et non motorisés Sports mécaniques (hors moyen de locomotion sur une voie de circulation ouverte au public) Randonnée/Trekking > 3 500 mètres, alpinisme, escalade (hors support artificiel avec sécurité), varappe ; ■ spéléologie ; ■ sports d'hiver (hors ski alpin, ski de fond, snowboard, monoski et raquettes en amateur sur pistes balisées ouvertes) ; ■ arts Martiaux (hors Judo en amateur et escrime) et Sports de combat ; ■ sports équestres (hors dressage en amateur, promenade, randonnée) ; ■ canyoning, rafting, nage en eaux vives, ski nautique, kitesurf, Plongeon de haut vol ou sur falaises , plongeon extrême ; ■ voile, Yachting dans le cadre d'une navigation en mer à plus de 25 milles marin des côtes ; ■ plongée en apnée, avec bouteille à plus de 40 mètres, en solitaire, sans brevet, explorations souterraines ou d'épaves ; ■ tauromachie.	■ métiers de l'armée Aviation professionnelle Dirigeable, montgolfière Cascadeur ; ■ Gendarme, police nationale ; ■ Journaliste, caméraman, reporter, photographe Métiers de l'exploitation du pétrole et du gaz Pompier, secouriste, sécurité civile ; ■ Plongée professionnelle (militaire et commerciale) Métiers de la mer, portuaires et maritimes Déplacements : – professionnels dans des pays sensibles, – personnels dans des pays sensibles ou pour une durée supérieure à 60 jours.

- **essais et tentatives de records**,
- **sports de haut niveau**,
- **sports professionnels**,
- **raids sportifs**.

Cependant, les initiations aux sports énumérés dans la liste « *activités et sports et loisirs à risque* », ci-dessus, de types « baptêmes », lorsqu'elles sont encadrées par un professionnel ayant des diplômes et compétences requis par l'État, sont couvertes **à l'exception des sports extrêmes** ;

4.1.2. Exclusions des garanties en cas de décès toutes causes ou d'invalidité permanente totale toutes causes (garanties décrites à l'article 2.1. de la présente Notice d'information)

Sont exclus de la garantie décès toutes causes et de la garantie et *invalidité permanente totale* toutes causes :

- le suicide et la tentative de suicide conscient ou inconscient, si le décès ou l'*invalidité permanente totale* survient au cours de la 1^{re} année d'assurance. En cas d'augmentation des garanties, le suicide et la tentative de suicide sont exclus pour le supplément de garanties si le décès ou l'*invalidité permanente totale* survient au cours de la première année suivant la prise d'effet de cette augmentation ;
- les faits de guerre civile, étrangère ou d'insurrection, ainsi que les opérations de maintien de l'ordre dans le cadre des résolutions de l'ONU ou toute autre institution similaire, ainsi que les opérations de maintien de la paix ;
- par ailleurs, sont exclues du bénéfice de ces garanties, toutes personnes ayant causé volontairement ou intentionnellement le décès ou l'*invalidité permanente totale* de l'assuré.

4.1.3. Exclusions des garanties en cas de décès par accident et d'invalidité permanente totale par accident (garanties décrites à l'article 2.1. de la présente Notice d'information)

Sont exclus des garanties décès par *accident* ou *invalidité permanente totale* par *accident* :

- les faits de guerres civiles ou étrangères, ou d'insurrection, ainsi que les opérations de maintien de l'ordre dans le cadre des résolutions de l'ONU ou toute autre institution similaire, ainsi que les opérations de maintien de la paix, les conséquences de la participation active de l'assuré à des émeutes, mouvements ou soulèvements populaires, acte de terrorisme ou de sabotage, crimes ou délits intentionnels, rixes sauf en cas de légitime défense ou d'accomplissement du devoir professionnel ;
- les conséquences d'un *accident* survenu avant la prise d'effet de l'adhésion, ou de l'avenant d'augmentation pour le supplément de garanties, sauf si ces antériorités ont été déclarées par l'assuré et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion mentionnée au *certificat d'adhésion* ;
- les conséquences de l'usage de drogues, stupéfiants, produits médicamenteux ou tranquillisants, en l'absence ou en dehors des doses prescrites par une autorité médicale compétente ou obtenus frauduleusement ;
- les conséquences d'un *accident* :
 - lorsqu'au moment de l'*accident*, le taux d'alcoolémie de l'assuré est égal ou supérieur à celui fixé par la loi régissant la circulation automobile dans le pays de survenance de l'*accident*, ou
 - alors que l'assuré est sous l'effet de toxiques, de stupéfiants ou de produits médicamenteux ou tranquillisants non prescrits ou utilisés sans respect des directives d'une autorité médicale compétente ;
- les conséquences d'opération de chirurgie plastique non consécutive à un *accident* garanti et les conséquences du traitement des malformations congénitales ;
- les conséquences d'un refus volontaire de traitements de l'assuré.
- les accidents résultant :
 - des conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique,
 - d'attentat ou d'actes de nature terroriste utilisant directement ou indirectement toute arme ou toute matière, qu'elles soient radioactives, d'origine chimique ou d'origine bactériologique ou virale,
 - de l'action directe ou indirecte de tout agent biologique.

Par ailleurs, sont exclues du bénéfice de ces garanties, toutes personnes ayant causé volontairement ou intentionnellement le décès ou l'*invalidité permanente totale* par *accident* de l'assuré.

4.1.4. Exclusions des garanties en cas d'incapacité temporaire totale de travail et d'invalidité permanente (partielle ou totale) (garanties décrites à l'article 2.2. de la présente Notice d'information)

Sont exclus des garanties *incapacité temporaire totale de travail* toutes causes et/ou par *accident* et *invalidité permanente (partielle ou totale)*, toutes causes et/ou par *accident* :

- les tentatives de suicide conscient ou inconscient ainsi que les mutilations, les blessures, les lésions ou *maladies* résultant d'un fait volontaire de l'*assuré* ;
- les faits de guerres civiles ou étrangères, ou d'insurrection, ainsi que les opérations de maintien de l'ordre dans le cadre des résolutions de l'ONU ou toute autre institution similaire, ainsi que les opérations de maintien de la paix, les conséquences de la participation active de l'*assuré* à des émeutes, mouvements ou soulèvements populaires, acte de terrorisme ou de sabotage, crimes ou délits intentionnels, rixes sauf en cas de légitime défense ou d'accomplissement du devoir professionnel ;
- les conséquences d'un *accident* survenu avant la prise d'effet de l'adhésion, d'une *maladie* ou d'une malformation congénitale dont la date de *première constatation médicale* est antérieure à la date d'effet de l'adhésion ou de l'avenant d'augmentation pour le supplément de garanties, sauf si ces antériorités ont été déclarées par l'*assuré* et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion mentionnée au *certificat d'adhésion* ;
- les conséquences de l'usage de drogues, stupéfiants, produits médicamenteux ou tranquillisants, en l'absence ou en dehors des doses prescrites par une autorité médicale compétente ou obtenus frauduleusement.
- les conséquences des *maladies* occasionnées ou aggravées par l'éthylisme, l'usage anormal ou non prescrit médicalement de toxiques ou de stupéfiants.
- les conséquences d'un *accident* :
 - lorsqu'au moment de l'*accident*, le taux d'alcoolémie de l'*assuré* est égal ou supérieur à celui fixé par la loi régissant la circulation automobile dans le pays de survenance de l'*accident*, ou
 - alors que l'*assuré* est sous l'effet de toxiques, de stupéfiants ou de produits médicamenteux ou tranquillisants non prescrits ou utilisés sans respect des directives d'une autorité médicale compétente ;
- les cures de toute nature, notamment thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxications, même effectuées en établissement hospitalier, ainsi que les séjours en maison de repos, sont exclus des garanties applicables en cas d'incapacité temporaire de travail ;
- les conséquences d'opération de chirurgie plastique non consécutive à un *accident* garanti et les conséquences du traitement des malformations congénitales ;
- les conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique ;
- les conséquences d'un refus volontaire de traitements de l'*assuré*.

4.1.5. Limitation de garanties

Délai d'attente pour les garanties incapacité et invalidité

Concernant les garanties Incapacité et Invalidité décrites à l'article 2.2. de la présente *Notice d'information*, toute affection ou *maladie*, dont la date de *première constatation médicale* survient dans les 90 jours suivant la date d'effet de l'adhésion, est exclue de la garantie ainsi que ses conséquences éventuelles.

Ce *délai d'attente* est porté à 365 jours en cas d'états dépressifs réactionnels ou non, d'affections d'origine psychique ou névrotique ou de *maladies mentales*.

Le *délai d'attente* s'applique également en cas d'augmentation des garanties, à compter de la date d'effet indiquée sur l'avenant au *certificat d'adhésion*. Il concerne uniquement le supplément de garanties résultant de la modification.

Affections psychiatriques

L'incapacité consécutive aux affections d'origine psychique ou névrotique, aux dépressions nerveuses, aux burn out et aux *maladies mentales* est indemnisée après le délai de *franchise* absolue spécifié au *certificat d'adhésion* avec un minimum de 90 jours. Le montant total versé au titre des garanties applicables en cas d'*incapacité temporaire totale de travail* ne peut excéder plus de 365 jours de prestations, indemnisé en une ou plusieurs fois et pour toute la durée de l'adhésion.

Affections du rachis

Pour toute affection du rachis (sauf fracture sans lien avec une pathologie osseuse), le montant total versé au titre des garanties applicables en cas d'*incapacité temporaire totale de travail* ne peut excéder plus de 365 jours de prestations, indemnisé en une ou plusieurs fois toutes affections du rachis confondues pour toute la durée de l'adhésion.

Quant à l'invalidité, elle est couverte uniquement dans le cas où la lésion est constatée radiographiquement, soit par scanner, soit par IRM ou toute autre méthode d'exploration fonctionnelle radiologique.

Fibromyalgie

Pour la fibromyalgie, le montant total versé au titre des garanties applicables en cas d'*incapacité temporaire totale de travail* ne peut excéder plus de 365 jours de prestations, indemnisé en une ou plusieurs fois et pour toute la durée de l'adhésion.

Navigation aérienne

Le risque de navigation aérienne n'est garanti que lorsque l'*assuré* est passager ou pilote, à bord d'un appareil des lignes aériennes régulières ; ou passager à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et dont le pilote possède un brevet et une licence réglementaire.

Rugby et football

Pour les *sportifs amateurs*, il est appliqué une *franchise* de 30 jours ou la *franchise* prévue au *certificat d'adhésion* si elle est supérieure, pour tout arrêt de travail dû à la pratique du football ou du rugby en tant que licencié, au cours d'un entraînement ou d'un match.

Sports de neige en hors-pistes

Pour la pratique du ski alpin, du surf des neiges, du snowboard et du monoski, il est appliqué une *franchise* de 30 jours ou la *franchise* prévue au *certificat d'adhésion* si elle est supérieure, pour tout arrêt de travail consécutif à un *accident* survenu à l'occasion de la pratique en hors-pistes.

Randonnée en raquettes à neige

Il est appliqué une *franchise* de 30 jours ou la *franchise* prévue au *certificat d'adhésion* si elle est supérieure, pour tout arrêt de travail consécutif à un *accident* survenu à l'occasion de la pratique de la randonnée en raquettes en dehors d'un itinéraire balisé.

4.2. Quand et comment êtes-vous informé ?

Vous recevrez, peu après votre versement initial, votre *certificat d'adhésion* à **Avizen** précisant les caractéristiques de votre adhésion.

Une fois par an, *nous vous* adresserons une situation de votre adhésion au contrat. *Vous* pouvez également obtenir à tout moment et sur demande auprès de votre Conseiller AXA, une nouvelle situation de votre adhésion au contrat.

4.3. Votre certificat d'adhésion est perdu, détruit ou volé ?

Vous devez adresser à notre siège administratif une déclaration de perte de votre *certificat d'adhésion*.

4.4. Rachat et réduction

Votre adhésion ne comporte ni valeur de rachat, ni valeur de réduction.

4.5. Modalités de renonciation

Vous pouvez renoncer à votre adhésion pendant 30 jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes informé que l'adhésion au contrat est conclue. Vous êtes informé que l'adhésion au contrat est conclue à la date de signature de votre *certificat d'adhésion*.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante AXA Prévoyance Individuelle - TSA 40035 – 69836 Saint-Priest Cedex 9.

Elle peut être rédigée suivant le modèle de lettre de renonciation mentionné ci-dessous :

« Je soussigné(e) M. (Mme), Nom Prénom demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion Avizen n° XXXX pour laquelle j'ai effectué un premier versement de cotisation en date du XXXXXX
Fait à le JJ/MM/AAAA Signature »

La renonciation entraîne la restitution de notre part, de l'intégralité des sommes versées dans un délai maximal de 30 jours à compter de la date de réception de ladite lettre recommandée.

4.6. Prescription

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'*assureur* en a eu connaissance ;

2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusqu'à là. Quand l'action de l'*assuré* contre l'*assureur* a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la *prescription* ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'*assuré* ou a été indemnisé par ce dernier.

La *prescription* est portée à 10 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.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du *bénéficiaire* sont prescrites au plus tard 30 ans à compter du décès de l'*assuré*.

Conformément à l'article L 114-2 du Code des assurances, la *prescription* est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la *prescription* (notamment une citation en justice, un référé, un commandement de payer, une saisie, la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrivait...) et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la *prescription* de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'*assureur* à l'*adhérent* en ce qui concerne l'action en paiement des primes et par l'*adhérent* ou le *bénéficiaire* à l'*assureur* en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Conformément aux dispositions de l'article L.114-3 du Code des assurances par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

4.7. En cas de réclamation

Le paragraphe ci-dessous précise les modalités d'examen des réclamations et le recours possible à la Médiation de l'assurance.

Comment adresser votre réclamation ?

Dans tous les cas, vous devez formaliser par écrit votre réclamation afin que nous puissions répondre au mieux à votre insatisfaction, et l'adresser :

À votre interlocuteur AXA habituel (ses coordonnées sont indiquées sur vos courriers et sur votre Espace Client en ligne) ou au service clients avec lequel vous êtes en relation, ou, à tout moment, au Service Réclamations en fonction de la nature du litige :

■ pour les garanties d'assurance :

Via le formulaire de contact sur **axa.fr** ou en ligne depuis votre Espace Client AXA ou par courrier, à l'adresse suivante :

AXA France
Service Réclamations
TSA 46 307
95901 Cergy-Pontoise Cedex 9

■ pour les prestations d'assistance :

Via le formulaire de contact sur axa-assistance.fr/contact ou par courrier, à l'adresse suivante :

AXA Assistance
Service Gestion Relation Clientèle
6 rue André Gide
92320 Châtillon

Nos engagements

Un accusé de réception vous sera adressé dans un délai maximum de dix jours.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse argumentée vous sera adressée dans un délai maximum de soixante-jours.

La saisine du médiateur

Vous pouvez saisir le Médiateur de l'assurance :

- dans un délai de deux mois après votre première réclamation écrite, que vous ayez reçu une réponse ou non de notre part
- et en tout état de cause, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de votre réclamation écrite.

Cette saisine peut se faire :

par e-mail sur le site mediation-assurance.org

ou par courrier, à l'adresse suivante :

Monsieur le médiateur de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

L'intervention du Médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera une proposition de solution dans un délai de 3 mois à réception de votre dossier complet.

Les deux parties, vous-même et AXA, restent libres de le suivre ou non.

Vous conservez à tout moment la possibilité de saisir le tribunal compétent.

4.8. Contrôle de l'entreprise d'assurance

L'autorité chargée du contrôle d'AXA, en tant qu'entreprise d'assurance, est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située au 4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09.

4.9. Informatique et libertés

Les informations indispensables à la gestion de votre adhésion *vous* concernant ainsi que celles concernant l'*assuré* font l'objet d'un traitement informatique soumis aux dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée. Ces informations pourront être communiquées d'une part aux collaborateurs des assureurs, responsables du traitement des informations, tant en France qu'au Maroc, et d'autre part, à ses intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants, dont l'un situé, aux États-Unis, adhère au SAFE HARBOR (accord qui régit le principe de protection des données personnelles).

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification auprès d'AXA - Service Information Clients - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex - pour toute information *vous* concernant.

Démarchage téléphonique

Je suis informé de mon droit à m'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

4.10. Contrats non réclamés – Loi Eckert

Dépôt à la Caisse des Dépôts et consignations (CDC) et acquisition par l'État des sommes dues à l'*adhérent* ou au *bénéficiaire* au titre de l'adhésion dès lors qu'elles ne sont pas réclamées (L. 132-27-2 du Code des assurances).

Vous trouverez ci-dessous les principales dispositions de l'article L 132-27-2 du Code des assurances *nous* imposant de déposer à la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC) les sommes dues au titre de ces contrats dès lors qu'elles ne sont pas réclamées à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la date de connaissance du décès de l'*assuré* (dès lors que ce décès est intervenu postérieurement au 1^{er} janvier 2015). Ces sommes deviennent la propriété de l'état à l'issue d'un délai de 20 ans à compter de la date du dépôt.

Modalités du dépôt et délais

Ce dépôt intervient à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la date de prise de connaissance par l'*assureur* du décès de l'*assuré* (dès lors que ce décès est intervenu postérieurement au 1^{er} janvier 2015). Le dépôt intervient dans le mois suivant l'expiration de ce délai. Ces sommes sont acquises à l'État à l'issue d'un délai de 20 ans à compter de la date de ce dépôt

Jusqu'à l'expiration de ce délai, la CDC détient, pour le compte de l'*adhérent* ou de ses *bénéficiaires*, les sommes qui lui ont été déposées.

Le montant des sommes versées par la CDC à l'*adhérent* ou à ses *bénéficiaires* ou acquises à l'État, dans le cadre de votre contrat, ne peut être inférieur au montant des sommes déposées à la CDC, diminué, le cas échéant, des versements partiels réalisés par la CDC en application de ce dispositif.

Obligations des parties à la suite de ce dépôt

L'*assureur* et l'*adhérent* sont libérés de toute obligation à la suite de ce dépôt à l'exception des obligations de l'*assureur* en matière de conservation d'informations et de documents. Ce caractère libératoire n'emporte cependant pas exonération de responsabilité pour les manquements commis antérieurement à ce dépôt.

À l'occasion de ce dépôt, l'*assureur* transmet à la CDC les informations nécessaires, le cas échéant, au versement des sommes dues à l'*adhérent* du contrat ou à ses *bénéficiaires*.

Jusqu'à l'expiration du délai de 20 ans visé ci-dessus, il conserve les informations et documents relatifs aux sommes dues au titre du contrat à la date du dépôt à la CDC, à la computation du délai de 10 ans visé ci-dessus et au régime d'imposition applicable, ainsi que les informations et documents permettant d'identifier l'*adhérent* et les *bénéficiaires* du contrat. Ces informations et documents sont transmis à la CDC à sa demande. L'*assureur* conserve également les informations et documents permettant d'apprécier qu'il a satisfait à ses obligations en matière de contrats non réglés.

Mesures d'information dues à l'adhérent

6 mois avant l'expiration du délai de 10 ans visé ci-dessus, l'*assureur* informe l'*adhérent* ou les *bénéficiaires* du contrat de la mise en œuvre de ce dispositif.

La CDC organise la publicité appropriée de l'identité de l'*adhérent* du contrat dont les sommes garanties ont fait l'objet du dépôt afin de permettre à l'*adhérent* ou aux *bénéficiaires* du contrat de percevoir les sommes dues. Ces derniers communiquent à la CDC les informations permettant de vérifier leur identité et de déterminer le montant des sommes qui leur sont dues.

(L'intégralité de cet article est publiée sur notre site [axa.fr](https://www.axa.fr)).

4.11. Rapport sur la solvabilité et la situation financière

Conformément à l'article L.355-5 du Code des assurances, les entreprises d'assurance publient annuellement un rapport sur leur solvabilité et leur situation financière. En cas d'événement majeur affectant significativement la pertinence des informations contenues dans ce rapport, les entreprises d'assurance et de réassurance publient des informations relatives à la nature et aux effets de cet événement. Les rapports publiés par AXA France Vie et AXA Assurances vie Mutuelle sont disponibles à l'adresse :

<https://www.axa.fr/configuration-securite/informations-financieres.html>

5. ACCORD DE PARTENARIAT

5.1 Gestion paritaire

Un Comité de gestion composé paritairement de représentants d'ANPERE et d'AXA a été créé et se réunit au moins une fois par an.

Il a pour objet :

- de commenter l'évolution du contrat ;
- d'instaurer une véritable discussion sur ses clauses qui pourront faire l'objet d'aménagements ;
- d'examiner l'opportunité d'adjonction d'une nouvelle garantie à proposer au sein du contrat ;
- d'examiner les résultats de la gestion financière des actifs mis en représentation des provisions techniques ;
- de décider la révision, si nécessaire, du barème de cotisations ;
- d'adapter le contrat aux évolutions législatives, réglementaires et à celles liées à l'environnement économique.

5.2. La durée et résiliation du contrat

Le contrat **Avizen** signé entre ANPERE et AXA est conclu à effet du 1^{er} janvier pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction.

Votre adhésion peut être résiliée du fait de la résiliation du contrat « **Avizen** » par ANPERE ou les assureurs, effectuée par lettre recommandée avec accusé de réception et adressée à l'autre partie au moins 6 mois avant l'échéance annuelle, le cachet de la poste faisant foi.

En tout état de cause, la résiliation du contrat « **Avizen** » est sans effet sur votre adhésion, dans la mesure où celle-ci a pris effet avant la date de résiliation : *vous* continuerez à bénéficier de l'ensemble de vos garanties pour le niveau souscrit et jusqu'à leur extinction, sous réserve du paiement des cotisations.

De même, en cas de dissolution ou de liquidation de l'association, le contrat se poursuit de plein droit entre AXA et les personnes antérieurement adhérentes au contrat.

Toutefois, aucune adhésion nouvelle ou augmentation des garanties ne pourra être acceptée par les *assureurs* après la résiliation du contrat.

5.3. La modification du contrat

Au cours de la vie de votre adhésion, les conditions et modalités du contrat Avizen sont susceptibles d'être modifiées par ANPERE et/ou AXA. En particulier, une décision législative, réglementaire ou fiscale peut entraîner une modification des conditions préexistantes de l'assurance ou la portée de nos engagements. Par ailleurs, compte tenu de l'évolution des risques et des progrès de la médecine et des technologies, il peut s'avérer pertinent de faire évoluer le contrat notamment si une évolution, liée aux progrès technologiques ou à l'offre en matière de services à la personne, rend souhaitable une adaptation des garanties ou prestations.

Toute modification de vos droits et obligations sera portée par écrit à votre connaissance par ANPERE dans un délai de 3 mois minimum avant son entrée en vigueur. Jusqu'à la date d'effet de ces modifications, les dispositions antérieures du contrat Avizen continueront à s'appliquer à votre Adhésion, sauf dispositions d'ordre public d'application immédiate.

Vous pourrez, si *vous* le souhaitez, refuser ces modifications en résiliant votre adhésion dans les 2 mois qui suivent la date à laquelle *vous* avez eu connaissance de ces modifications. La résiliation prend effet le 1^{er} jour du mois de l'échéance périodique qui suit la réception de la demande par AXA.

Le paiement de la cotisation due vaut acceptation des conditions modifiées, le non-paiement entraîne la résiliation de votre adhésion.

6. DÉFINITIONS

Les mots en italique figurant dans cette Notice d'information ont pour seule signification celle précisée dans le chapitre « Définitions ».

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérés comme des accidents, même si l'apparition des symptômes est soudaine et imprévisible :

- toute atteinte musculaire, tendineuse ou ligamentaire, ainsi que les affections du rachis (par exemple et non limitativement : lumbagos, sciatiques, hernies discales, cruralgies), liées à une altération de la santé de l'assuré déjà existante à la survenance de l'incapacité ;
- les ruptures du Tendon d'Achille et les fractures de fatigue ;
- les pathologies cardiaques associées ou non à des coronaropathies et les affections vasculaires ;
- les chocs émotifs et les états dépressifs, même consécutifs à un accident.

La prise en charge d'un évènement au titre de l'accident de travail par la caisse de régime obligatoire ne prévaut pas sur l'application de la définition contractuelle ci-dessus.

Activités et sports et loisirs à risque

Sont définis comme activités et sports et loisirs à risque, les activités et sports et loisirs suivants :

SPORTS ET LOISIRS À RISQUE	ACTIVITÉS À RISQUE
■ Base jump, speed riding, raid aventure, saut à l'élastique, zorbing, essais de matériel de saut, autres nouveaux sports extrêmes ■ Raids sportifs, aventure, nature et expéditions ■ Activités aériennes motorisés et non motorisés ■ Sports mécaniques (hors moyen de locomotion sur une voie de circulation ouverte au public) ■ Randonnée/Trekking > 3 500 mètres, alpinisme, escalade (hors support artificiel avec sécurité), varappe, ■ Spéléologie ■ Sports d'hiver (hors ski alpin, ski de fond, snowboard, monoski et raquettes en amateur sur pistes balisées ouvertes), ■ Arts Martiaux (hors Judo en amateur et escrime) et Sports de combat ■ Sports équestres (hors dressage en amateur, promenade, randonnée). ■ Canyoning, rafting, nage en eaux vives, ski nautique, kitesurf, Plongeon de haut vol ou sur falaises , plongeon extrême ■ Voile, Yachting dans le cadre d'une navigation en mer à plus de 25 milles marin des côtes ■ Plongée en apnée, avec bouteille à plus de 40 mètres, en solitaire, sans brevet, explorations souterraines ou d'épaves. ■ Tauromachie	■ Métiers de l'armée ■ Aviation professionnelle ■ Dirigeable, montgolfière ■ Cascadeur ■ Gendarme, police nationale ■ Journaliste, cameraman, reporter, photographe ■ Métiers de l'exploitation du pétrole et du gaz ■ Pompier, secouriste, sécurité civile ■ Plongée professionnelle (militaire et commerciale) ■ Métiers de la mer, portuaires et maritimes ■ Déplacements : – professionnels dans des pays sensibles – personnels dans des pays sensibles ou pour une durée supérieure à 60 jours

Adhérent (vous)

La personne qui signe le certificat d'adhésion et s'engage à acquitter les cotisations émises aux périodes définies.

Assureur (nous)

La société d'assurance qui garantit les risques souscrits. Il s'agit de la société AXA France vie ou AXA Assurances Vie Mutuelle.

Assuré

La personne sur la tête de laquelle repose l'assurance.

Bénéficiaires

L'ensemble des personnes désignées à l'adhésion pour recevoir les prestations.

Certificat d'adhésion

Document signé par toutes les parties qui complète la présente Notice d'information et dans lequel figurent entre autres l'identité de l'adhérent, de l'assuré, des bénéficiaires désignés, ainsi que les garanties choisies.

Consolidation

Stabilisation d'un état de santé après un accident ou une maladie, laissant subsister des séquelles et n'étant plus susceptible d'aggravation ou d'évolution notable.

Concubin

Concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.

Conjoint

Époux ou épouse de l'assuré non divorcé et non séparé judiciairement.

Date anniversaire

Il s'agit de la date d'effet de l'adhésion indiquée dans le certificat d'adhésion, et renouvelée chaque année.

Délai d'attente

Période pendant laquelle les garanties ne s'appliquent pas, malgré la prise d'effet de l'adhésion ou la prise d'effet de l'avenant en cas d'augmentation de garanties.

Domicile

Le domicile est le lieu de résidence principal et habituel de l'assuré. Il est situé en France métropolitaine, dans un des départements français d'outre-mer.

Enfant fiscalement à charge

Le ou les enfants légitimes, reconnus, recueillis, ou adoptés de l'assuré ou de son conjoint, partenaire ou concubin, pris en compte pour l'application du quotient familial ou percevant une pension alimentaire fiscalement déductible du revenu global.

Franchise

Période entre la survenance de l'événement ouvrant droit à indemnisation et le début de cette indemnisation.

Plusieurs niveaux de franchise sont disponibles. La franchise choisie est précisée au certificat d'adhésion.

Cette notion ne porte que sur les garanties indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail et exonération des cotisations en cas d'incapacité temporaire totale de travail.

Hospitalisation

Tout séjour de 24 heures au moins (incluant une nuit d'hospitalisation), dans un établissement hospitalier privé ou public prescrit par un médecin pour y recevoir un traitement médical ou chirurgical nécessité par un accident ou une maladie.

Incapacité temporaire totale de travail toutes causes

L'assuré est considéré en incapacité temporaire totale de travail lorsque son état de santé, médicalement constaté, l'oblige à arrêter totalement et temporairement l'exercice de ses activités professionnelles par suite d'une maladie ou d'un accident.

Le congé légal de maternité n'est pas considéré comme de l'incapacité temporaire totale de travail.

Incapacité temporaire totale de travail par accident

L'assuré est considéré en incapacité temporaire totale de travail par accident lorsque son état de santé, médicalement constaté, l'oblige à arrêter totalement et temporairement l'exercice de ses activités professionnelles par suite d'un accident.

Invalidité fonctionnelle

L'invalidité fonctionnelle est établie d'après le barème des accidents du travail de la Sécurité sociale, sans tenir compte de l'incidence professionnelle.

Invalidité Permanente Partielle ou Totale (IPPT)

Tout état physique ou mental de l'assuré, résultant d'un accident ou d'une maladie et réduisant sa capacité de travail de façon permanente et présumée définitive.

L'invalidité permanente partielle ou totale est appréciée en fonction du taux d'invalidité fonctionnelle.

Invalidité Permanente Partielle ou Totale par accident

Tout état physique ou mental de l'assuré, résultant d'un accident et réduisant sa capacité de travail de façon permanente et présumée définitive.

L'invalidité permanente partielle ou totale par accident est appréciée en fonction du taux d'invalidité fonctionnelle.

Invalidité Permanente Totale (IPT)

L'assuré est déclaré en invalidité permanente totale lorsque :

- le taux d'**invalidité fonctionnelle est égal à 100 %** par référence au barème prévu des accidents de travail de la Sécurité sociale ;
- et qu'il est reconnu **définitivement incapable de se livrer à la moindre activité professionnelle** lui procurant gain ou profit.

Le classement en invalidité de 2^e catégorie par la Sécurité sociale ne suffit pas à lui seul pour déclarer un assuré en invalidité permanente totale.

Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pas pour origine un accident tel que défini plus haut.

Notice d'information

Présent document qui définit les garanties disponibles et leurs modalités d'application.

Non-fumeur

On entend par « non-fumeur » toute personne n'ayant pas fumé de cigarettes, cigarettes électroniques, cigares ou pipes au cours des 24 derniers mois et n'étant pas dépendante d'un traitement de sevrage tabagique, patch, pastille au cours des 24 derniers mois.

Si l'assuré recommence à fumer même occasionnellement, pendant la durée de l'adhésion, l'assureur se réserve le droit de modifier la tarification.

Les garanties capital décès/IPT toutes causes, rente éducation décès/IPT et rente décès/IPT bénéficient d'un abattement tarifaire lorsque l'assuré est non-fumeur.

Partenaire

Partenaire avec lequel vous êtes lié par un Pacte civil de solidarité (PACS).

Pays sensibles

Pays comportant des zones « formellement déconseillées ou déconseillées sauf raison impérative » par le Ministère français des Affaires Étrangères.

Pratique occasionnelle

On entend par pratique occasionnelle, une pratique qui n'est pas régulière, mais pratiquée, ne serait-ce qu'une fois dans l'année (en dehors de baptêmes).

Première constatation médicale

Il s'agit de la date du premier signe clinique ou paraclinique de la maladie, constaté par un médecin, même si le diagnostic n'était pas encore posé.

Prescription

Extinction d'un droit au bout d'un temps déterminé.

Proche

Toute personne physique désignée par l'assuré ou un de ses ayants droit et domiciliée dans le même pays ou département d'outre-mer que l'assuré.

Rechute

On entend par rechute l'arrêt de travail pour maladie ou accident dû à la même maladie ou au même accident qu'un précédent arrêt de travail, justifiée par certificat médical.

Résident en France métropolitaine, département ou région d'outre-mer

Personne dont le lieu de résidence principale et le foyer fiscal sont établis en France métropolitaine, département ou région d'outre-mer.

Sport

Activité physique exercée à titre de loisir ou non.

Sport amateur

Sport pratiqué occasionnellement ou régulièrement (hors sport de haut niveau et sport professionnel).

Sport de haut niveau

Sport pratiqué en amateur de haut niveau (rémunéré ou non) ou en semi-professionnel donnant lieu à la participation à des compétitions officielles et régulières.

Sport extrême

Désigne une activité sportive notoirement considérée comme particulièrement dangereuse, pouvant exposer à des blessures graves ou au décès, se pratiquant sur mer, dans le ciel, sur ou sous terre, et impliquant souvent vitesse, hauteur, engagement physique, parfois un matériel spécifique.

Sport mécanique

Sport nécessitant l'emploi de véhicules motorisés terrestres ou flottants.

Sport professionnel

Sport pratiqué avec une licence professionnelle.

Votre interlocuteur AXA



Votre **Espace Client**

Retrouvez l'ensemble
de vos services en ligne sur [axa.fr](https://www.axa.fr)

AXA vous répond sur :



Votre Association ANPERE

Avec ce contrat, vous adhérez à une association d'assurés pour :

- + Être représenté auprès d'AXA dans le respect de vos intérêts
- + Mieux comprendre l'assurance-vie et son environnement
- + Bénéficier d'informations régulières et de services dédiés

Connectez vous sur :

anpere.fr

