

Prévoyance

Notice d'information

Avizen Pro



sommaire

C

section	page	contenu
Objet et définitions	7	
Chapitre I	11	Article 1. Votre adhésion
Les dispositions relatives à votre adhésion	11	1.1. L'objet de votre adhésion
	11	1.2. Le cadre juridique
	11	1.3. Les personnes concernées par le contrat
	11	1.4. La fiscalité applicable
	12	1.5. Les obligations de l'assuré
	12	1.6. L'étendue territoriale de l'adhésion
	12	1.7. La date d'effet et la durée de votre adhésion
	12	1.8. La modification de votre adhésion
	12	1.9. La résiliation de votre adhésion
	14	Article 2. Votre cotisation
	14	2.1. La détermination de votre cotisation annuelle
	14	2.2. Le paiement des cotisations
	14	2.3. L'évolution des garanties et des cotisations
Chapitre II	16	Article 3. Garanties en cas de décès, Invalidité Permanente Totale (IPT)
Les garanties de prévoyance	16	3.1. Capital décès toutes causes ou Capital Invalidité Permanente Totale (IPT) toutes causes
	16	3.2. Capital décès par accident ou Capital Invalidité Permanente Totale (IPT) par accident
	16	3.3. Capital décès double garantie
	16	3.4. Rente éducation décès ou Rente éducation Invalidité Permanente Totale (IPT)
	17	3.5. Rente décès ou Rente Invalidité Permanente Totale (IPT)
	17	3.6. Services des prestations
	18	3.7. Impact des événements décès, Invalidité permanente totale (IPT) sur l'adhésion
	18	Article 4. Garanties en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente partielle ou totale
	18	4.1. Indemnités Journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail toutes causes
	18	4.2. Indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail par accident
	19	4.3. Indemnités Journalières toutes causes complémentaires aux régimes obligatoires
	20	4.4. Indemnités Remboursement des frais professionnels
	21	4.5. Rente en cas d'invalidité permanente partielle ou totale
	22	4.6. Capital en cas d'invalidité permanente partielle ou totale
	22	4.7. Rente en cas d'invalidité permanente partielle ou totale par accident

sommaire

Chapitre II	23	
Les garanties de prévoyance (suite)	24	4.8. Capital en cas d'invalidité permanente partielle ou totale par accident
	24	4.9. Exonération des cotisations en cas d'incapacité temporaire totale de travail
	24	4.10. Exonération des cotisations en cas d'invalidité permanente partielle ou totale
	25	Article 5. Gestion des prestations
	25	5.1. Formalités à accomplir en cas de sinistre
	26	5.2. Contrôle médical
	26	Article 6. Désignation et acceptation des bénéficiaires
	26	6.1. Désignation des bénéficiaires
	26	6.2. Acceptation des bénéficiaires

Chapitre III	27	Article 7. Prestations accordées dès la prise d'effet de l'adhésion - Information juridique
Les services d'assistance	27	Article 8. Prestations accordées en cas d'incapacité temporaire totale de l'assuré supérieure à 10 jours continus - Aide au retour à la vie professionnelle
	27	Article 9. Prestation accordée en cas d'invalidité permanente attestée de l'assuré d'au moins 66 %
	27	9.1. Réalisation d'un « bilan de situation »
	28	9.2. Aide à la reconversion professionnelle
	28	9.3. Assistance psychologique
	28	Article 10. Prestations accordées en cas d'hospitalisation imprévue de l'assuré supérieure à 24 heures ou d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours
	28	10.1. Garde des enfants
	28	10.2. Aide-ménagère ou auxiliaire de vie
	29	10.3. Garde des malades
	29	10.4. Présence d'un proche
	29	Article 11. Garanties accordées en cas de décès de l'assuré
	29	11.1. Informations et conseils « obsèques »
	30	11.2. Information juridique « obsèques »
	30	11.3. Mise à disposition de courriers types
	30	Article 12. Dispositions applicables aux services d'assistance
	30	12.1. Mise en œuvre des prestations
	30	12.2. Conditions générales d'application
	30	12.3. Conditions restrictives d'application

Chapitre IV	31	Article 13. Exclusions et limites des garanties
Les dispositions générales	31	13.1. Exclusions des garanties décès toutes causes ou invalidité permanente totale toutes causes
	31	13.2. Exclusions des garanties décès par accident et invalidité permanente totale par accident

sommaire

Chapitre IV	32	13.3. Exclusions des garanties incapacité temporaire totale de travail et invalidité permanente (partielle ou totale)
Les dispositions générales (suite)	32	13.4. Limitation de garanties
	33	Article 14. Quand et comment êtes-vous informé ?
	34	Article 15. Votre certificat d'adhésion est perdu, détruit ou volé ?
	34	Article 16. Rachat et réduction
	34	Article 17. Modalités de renonciation
	34	Article 18. Prescription
	35	Article 19. En cas de réclamation
	35	Article 20. Contrôle de l'entreprise d'assurance
	35	Article 21. Informatique et libertés
	35	Article 22. Les changements induits par l'entrée en application de la Loi Eckert en Janvier 2016
Chapitre V	37	Article 23. Gestion paritaire
Accord de partenariat	37	Article 24. La durée et résiliation du contrat
	37	Article 25. La modification du contrat
Chapitre VI	38	Article 26. Définitions
Convention d'utilisation des Services numériques	39	Article 27. Acceptation de la relation électronique
	39	27.1. Choix d'une souscription électronique
	39	27.2. Choix de la relation électronique
	39	27.3. Retour à une relation par échanges papier
	39	Article 28. Vos engagements
	40	Article 29. Processus de souscription électronique
	40	29.1. Étape 1 : Renseignements des informations vous concernant
	40	29.2. Étape 2 : Présentation des documents
	40	29.3. Étape 3 : Validation de la souscription et fourniture éventuelle de pièces justificatives
	40	29.4. Étape 4 : Signature électronique du contrat d'assurance
	40	Article 30. Signature électronique de documents
	40	30.1. Vérification des documents et signature par voie électronique
	41	30.2. Remise de vos documents originaux signés
	41	Article 31. Relation électronique
	42	Article 32. Moyens de preuve
	42	Article 33. Archivage des documents
	42	Article 34. Données à caractère personnel

Objet de la présente Notice d'information du contrat Avizen Pro

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

Définitions

Les mots qui figurent dans la présente Notice d'information sous l'intitulé « Définitions » ont toujours dans le texte le sens correspondant à leur définition. Ils sont repérés par un astérisque lors de leur première apparition.

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure. Les affections de la colonne vertébrale et les pathologies cardiaques associées ou non à des coronaropathies sont considérées comme des maladies. Les chocs émotifs et les états dépressifs, même consécutifs à un accident, sont considérés comme des maladies.

Activités et sports à risque

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

Sports à risques	Activités à risques
<p>Sports extrêmes : Base jump, speed riding, raid aventure, saut à l'élastique, zorbing, essais de matériel de saut, autres nouveaux sports extrêmes</p> <p>Autres sports à risques :</p> <ul style="list-style-type: none">● Parachutisme, parapente, parachute ascensionnel● Vol à moteur classique, ULM, vol à voile, aérostation, deltaplane● Équitation hors dressage, promenade, randonnée● Polo● Sport automobile● Sport motocyclisme● Spéléologie● Arts martiaux (hors judo) et sports de combat● Plongeon, jet ski, ski nautique, rafting, canyoning, kitesurf, nage en eaux-vives● Randonnée/trekking supérieure à 3 500 mètres, escalade (hors support artificiel avec sécurité), varappe, alpinisme, raids et expéditions● Yachting, voile dans le cadre d'une navigation en mer à plus de 20 milles marin des côtes● Moto neige, snowcross, ski artistique et acrobatique, hockey sur glace, bobsleigh, biathlon, combiné nordique, saut à ski, kilométrage lancé, skiathlon, ski bob, ski héliporté, paraski, snow kite, char à glace● Apnée, plongée avec scaphandre autonome, plongée souterraine	<ul style="list-style-type: none">● Armée● Aviation professionnelle● Dirigeable, montgolfière● Cascadeur● Gendarme, police nationale● Journaliste, caméraman, reporter, photographe● Pétrole et gaz● Pompier, secouriste, sécurité civile● Plongée professionnelle (militaire et commerciale)● Métiers de la mer● Résidences et Voyages

NOTICE D'INFORMATION PRÉVOYANCE AVIZEN PRO

OBJET ET DÉFINITIONS

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 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.

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, non séparé judiciairement.

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.

Délai d'attente

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

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 ou en Principauté de Monaco.

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 (hospitalisation, accident ou maladie) 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. Lorsque la franchise en cas d'hospitalisation est d'1 jour, l'assuré doit justifier d'un arrêt de travail supérieur à 3 jours et comportant une hospitalisation de 24 heures au moins avec facturation du forfait journalier.

Cette notion ne porte que sur les garanties indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail, indemnités journalières complémentaires aux régimes obligatoires, indemnités remboursement de frais professionnels 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.

Hospitalisation ambulatoire

Tout séjour dans un établissement hospitalier privé ou public donnant lieu à une admission, un traitement (y compris chirurgical) et une sortie le même jour, nécessité par un accident ou une maladie ; les consultations externes sont exclues.

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 professionnelle

L'invalidité professionnelle est définie par expertise amiable. Elle est appréciée, de 0 à 100 %, d'après la nature de l'invalidité par rapport à la profession indiquée au certificat d'adhésion et toujours exercée au moment du sinistre. Il est tenu compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession, des capacités professionnelles restantes et des possibilités d'adaptation, ainsi que des répercussions de cette invalidité sur les revenus professionnels de l'assuré. Il appartient à l'assuré d'apporter les éléments justificatifs de son invalidité 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 évaluée en fonction de sa profession déclarée dans le certificat d'adhésion et toujours exercée au moment du sinistre, de façon permanente et présumée définitive.

L'invalidité permanente partielle ou totale est appréciée en fonction du taux d'invalidité professionnelle et 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, sans tenir compte de l'incidence professionnelle.

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 quand il est reconnu définitivement incapable de se livrer à la moindre activité professionnelle lui procurant gain ou profit, et dont le taux d'incapacité fonctionnelle est égal à 100 % par référence au barème des accidents du travail de la Sécurité sociale.

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 jamais fumé ou ayant arrêté de fumer depuis au moins 24 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 par avenant.

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 ou zones formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères.

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.

Résident en France ou en Principauté de Monaco

Personne dont le lieu de résidence principale et le foyer fiscal sont établis en France ou en Principauté de Monaco.

Sport amateur

Sport pratiqué occasionnellement ou régulièrement, mais à un rythme d'amateur.

Sport en compétition

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

Sport professionnel

Sport pratiqué avec une licence professionnelle.

Chapitre I - Les dispositions relatives à votre adhésion

Article 1 - Votre adhésion

1.1. L'objet de votre adhésion

Avizen Pro 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.

1.2. Le cadre juridique

Avizen Pro 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 certificat d'adhésion qui complète la Notice d'information et précise les caractéristiques et les garanties de votre adhésion au contrat ; des documents que vous pourriez être amenés à remplir lors de l'adhésion (questionnaire médical, questionnaire financier, questionnaire sportif et/ou questionnaire professionnel),
- des avenants ou des attestations qui vous sont adressés lors de modifications apportées sur votre adhésion (voir paragraphe 1.8).

1.3. Les personnes concernées par le contrat

- L'adhérent, résidant en France ou en Principauté de Monaco*. La Notice d'information et le certificat d'adhésion lui sont destinés.
- L'assuré, résidant en France ou en Principauté de Monaco, personne sur la tête de laquelle repose l'assurance.
- 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.
- 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.
- 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.

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 01/01/2015.

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, 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 sauf en cas d'adhésion suivant le dispositif Madelin.

L'adhésion peut être conclue dans le cadre de la loi du 1^{er} février 1994, dite loi Madelin, qui autorise la déduction fiscale des cotisations payées au titre des garanties en rente et indemnités journalières. En contrepartie, les prestations versées au titre de ces garanties seront imposables sur le revenu.

Dans le cadre d'une adhésion « Madelin », l'adhérent TNS (Travailleur Non Salarié) doit justifier lors de l'adhésion et en début de chaque année civile, être à jour du paiement des cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse, par la production d'une attestation délivrée par les caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse concernées.

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 opérés dans le cadre réglementaire.

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.

Une réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne l'annulation de la présente adhésion, conformément à l'article L 113-8 du Code des Assurances.

Une omission ou déclaration inexacte, entraîne l'application de l'article L 113-9 du Code des Assurances : toute omission ou déclaration inexacte constatée avant sinistre entraînera la résiliation de l'adhésion par l'assureur ou le maintien de l'adhésion moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré. Dans le cas où la constatation de l'omission ou de la déclaration inexacte n'a lieu qu'après le sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux de primes payées par rapport au taux de primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

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, d'activités ou s'il exerce sa profession dans des conditions autres que celles déclarées à l'adhésion ;
- s'il pratique des activités et sports à risque* modifiant notablement le risque assuré ;
- s'il effectue des déplacements modifiant notablement le risque assuré, tels que définis au paragraphe 1.6 ;
- s'il souscrit d'autres contrats d'assurance comportant des prestations en cas d'incapacité de travail, d'invalidité totale ou partielle.

De même, l'assuré ayant déclaré être non-fumeur lors de l'adhésion est tenu d'informer l'assureur s'il se remet à fumer en cours de l'adhésion à ce contrat.

Ces déclarations doivent être adressées par lettre recommandée, dans un délai de trente jours à compter de la date de la modification à l'adresse suivante : AXA Prévoyance Individuelle - TSA 40035 - 69836 Saint- Priest Cedex 9.

Si l'assuré omet de déclarer une modification aggravant le risque, il peut être fait application des articles L 113-8 ou L 113-9 du Code des Assurances.

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

- soit exclure la modification intervenue des garanties de l'adhésion,
- soit proposer un nouveau tarif adapté à la nouvelle situation.

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.

En cas de cessation d'activité professionnelle ou de départ à la retraite de l'assuré, celui-ci s'oblige à en informer l'assureur pour permettre la modification de ses garanties et la diminution de ses cotisations par avenant. Dans le cas contraire, si l'assuré n'a pas informé l'assureur, le paiement des cotisations ne donne pas droit à prestations au titre des garanties devenues sans objet.

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***, 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.

De même, si l'assuré effectue des déplacements 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 par accident* survient hors de France, c'est la date de première constatation médicale en France qui sert de point de départ à la garantie.

Toutefois, si l'incapacité temporaire totale de travail toutes causes ou par accident survient en Principauté de Monaco, c'est la première date de constatation en Principauté de Monaco qui sert de point de départ à la garantie.

Pour l'invalidité, l'expertise médicale nécessaire à la mise en œuvre des prestations devra être effectuée en France.

Toutes les prestations dues sont payables en France ou en Principauté de Monaco et dans la devise en cours au moment du paiement.

Les prestations d'assistance sont accordées uniquement en France métropolitaine, dans les départements d'outre-mer et en Principauté de Monaco.

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

Les garanties prennent effet à la date d'effet indiquée au certificat d'adhésion et après expiration du délai d'attente le cas échéant, sous réserve du paiement effectif de la première cotisation et de l'acceptation des risques.

L'adhésion est fixée pour une durée initiale de 1 an 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).

1.8. La modification de votre adhésion

Jusqu'au 75^e anniversaire de l'assuré, vous pouvez si vous le souhaitez modifier les garanties de votre adhésion (ajout ou suppression de garantie, évolution des montants garantis, changement de bénéficiaires...).

Pour ce faire, vous pouvez vous adresser à votre Conseiller. Ces modifications peuvent générer une retarification 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 deux mois avant la date d'échéance anniversaire de votre adhésion. Les modifications acceptées donneront lieu à un avenant à l'adhésion.

1.9. La résiliation de votre adhésion

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion par lettre recommandée adressée à :

AXA Prévoyance Individuelle
TSA 40035
69836 Saint-Priest Cedex 9

moyennant un préavis de deux mois avant l'échéance anniversaire de l'adhésion.

L'assureur peut par ailleurs, en application de l'article 6 de la loi du 31 décembre 1989, dite loi Evin, résilier les garanties autres qu'en cas de décès, en y mettant fin dans les deux premières années suivant l'adhésion. Pour cela, il préviendra l'adhérent par lettre recommandée avec un préavis de deux mois avant la prise d'effet de la résiliation.

Fin des garanties

Les garanties prennent fin à leur échéance 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 II).

Article 2 - Votre cotisation

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 sportives de l'assuré.

Âge de l'assuré

Pour la détermination du tarif, des niveaux garantis, et pour calculer la fin des garanties selon les âges limites, 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 échéance anniversaire de l'adhésion ou lors de modifications de garanties.

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 d'information, les garanties sont nulles 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 d'information :
 - 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.

2.2. Le paiement des cotisations

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

Si une cotisation n'est pas payée dans les dix jours suivant son échéance, une lettre recommandée vous est adressée, vous informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours suivant l'envoi de cette lettre, le non-paiement de votre cotisation entraîne, sans nouvel avis, la résiliation de votre adhésion, 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.

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 l'échéance 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 l'échéance 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 échéance 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 trois mois suivant cet événement.

c) Évolution en fonction de l'âge de l'assuré

Indépendamment de ces réévaluations, les cotisations évoluent chaque année à l'échéance anniversaire de l'adhésion, en fonction de l'âge de l'assuré.

Celles-ci peuvent également évoluer en cas de changement de situation de l'assuré, hors état de santé, entraînant une modification du risque ou son appréciation.

d) 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 recommandée adressée à AXA Prévoyance Individuelle - TSA 40035 - 69836 Saint-Priest Cedex 9 - dans les quinze 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.

Chapitre II - Les garanties de prévoyance

Article 3 - Garanties en cas de décès, Invalidité Permanente Totale (IPT)

3.1. 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.

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, 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.

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

Si simultanément ou postérieurement au décès ou à l'invalidité permanente totale de l'assuré, son conjoint*, partenaire* ou concubin* vient à décéder, l'assureur verse un capital supplémentaire au profit du ou des enfants de l'assuré, fiscalement à charge* du conjoint, partenaire ou concubin au moment de son décès. 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.

3.2. 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 douze 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.

b) La garantie en cas d'invalidité permanente totale

Si l'assuré est en invalidité permanente totale par suite d'un accident, moins de vingt-quatre 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, 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.

3.3. 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.

3.4. Rente éducation décès ou Rente éducation 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 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 du versement de la rente :

- 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 échéance 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 3.6 de la présente Notice d'information.

b) La garantie 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, 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, 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 3.4.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.

3.5. 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, 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, 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 3.5.a).

Les modalités de versement des prestations sont précisées au paragraphe 3.6 de la présente Notice d'information.

3.6. 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.

3.7. 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 décès double garantie dont les prestations seront versées en cas de décès de l'assuré,
- suspend le paiement des cotisations tant que dure l'invalidité.

Article 4 - Garanties en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente partielle ou totale

Ces garanties sont accordées uniquement en cas de couplage avec une garantie décès à l'adhésion.

4.1. 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.

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*).

Lorsque l'arrêt de travail nécessite une hospitalisation, la durée de séjour en établissement hospitalier public ou privé devra être supérieure ou égale à la franchise hospitalisation indiquée au certificat d'adhésion, pour donner lieu à un versement d'indemnités journalières.

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

- à la reprise totale d'activité professionnelle ou la date de consolidation d'une invalidité permanente,
- au 365^e ou 1095^e jour d'arrêt de travail (ce délai incluant la période de franchise) selon la durée d'indemnisation indiquée sur le certificat d'adhésion,
- lors de l'arrêt du paiement des cotisations,
- 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.

4.2. 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.

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 ou la date de consolidation d'une invalidité permanente,
- au 1 095^e jour d'arrêt de travail (ce délai incluant la période de franchise),
- lors de l'arrêt du paiement des cotisations,
- 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.

4.3. Indemnités Journalières toutes causes complémentaires aux régimes obligatoires

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.

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).

Lorsque l'arrêt de travail nécessite une hospitalisation, la durée de séjour en établissement hospitalier public ou privé devra être supérieure ou égale à la franchise hospitalisation indiquée au certificat d'adhésion, pour donner lieu à un versement d'indemnités journalières.

L'indemnisation cesse à la plus proche des dates suivantes :

- à la reprise totale d'activité professionnelle ou date de consolidation d'une invalidité permanente,
- au 90^e ou 365^e jour d'arrêt de travail (ce délai incluant la période de franchise) selon la durée d'indemnisation indiquée sur le certificat d'adhésion,
- lors de l'arrêt du paiement des cotisations,
- 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.

4.4. Indemnités Remboursement des frais professionnels

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 de remboursement des frais professionnels dont le montant correspond :

- soit à l'équivalent journalier des frais professionnels déclarés à l'administration fiscale,
- soit à l'équivalent journalier des frais occasionnés par le remplacement de l'assuré durant la période d'incapacité de travail.

Dans les deux cas, le montant de la prestation ne peut pas dépasser le montant du plafond journalier garanti au premier jour de l'arrêt de travail.

Si l'accident ou la maladie entraîne une cessation définitive d'activité, le reliquat des frais professionnels engagés avant la cessation d'activité, est pris en charge dans les mêmes conditions.

Les indemnités de remboursement des frais professionnels 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.**

b) Les frais professionnels couverts par la garantie

Les frais professionnels pris en charge, nets des ressources liées à un remplacement, sont les frais fixes et permanents suivants :

- les salaires nets et avantages en nature des collaborateurs,
- les charges sociales sur salaires des collaborateurs,
- les taxes sur la valeur ajoutée et professionnelle,
- les autres impôts,
- la contribution sociale généralisée déductible,
- le loyer et charges locatives,
- la location de matériel et de mobilier,
- les entretiens et réparations,
- les frais de chauffage, eau, gaz, électricité,
- les honoraires ne constituant pas de rétrocessions,
- les primes d'assurance,
- les charges sociales personnelles,
- les fournitures de bureau, documentation et affranchissement,
- les frais d'actes et de contentieux,
- les cotisations syndicales et professionnelles.
- les mensualités de prêt professionnel (si elles ne font pas l'objet d'un remboursement au titre d'une autre assurance).

Dans le cas où l'assuré fait appel à un remplaçant, seul le coût net du remplaçant sera pris en charge, dans les mêmes conditions.

c) Service des prestations

Les modalités de service des prestations sont identiques à celles prévues au paragraphe 4.1 de la présente Notice d'information.

4.5. Rente en cas d'invalidité permanente partielle ou totale

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 au taux d'invalidité croisée de l'assuré tenant compte de sa profession déclarée et exercée, et de son taux d'invalidité fonctionnelle.

La rente sera uniquement versée :

- 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 de l'invalidité,
- et si le taux d'invalidité croisée 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 du taux d'invalidité croisée de l'assuré.

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

Le taux d'invalidité croisée combine :

- l'invalidité fonctionnelle*,
- l'invalidité professionnelle*.

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

L'invalidité professionnelle est définie par expertise amiable. Elle est appréciée, de 0 à 100 %, d'après la nature de l'invalidité par rapport à la profession indiquée au certificat d'adhésion et toujours exercée au moment du sinistre. Il est tenu compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession, des capacités professionnelles restantes et des possibilités d'adaptation, ainsi que des répercussions de cette invalidité sur les revenus professionnels de l'assuré. Il appartient à l'assuré d'apporter les éléments justificatifs de son invalidité professionnelle.

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'invalidité croisée est donné par le tableau suivant :

Taux d'invalidité croisée	Taux d'invalidité fonctionnelle									
Taux d'invalidité professionnelle	11	20	30	40	50	60	70	80	90	100
11	11	20	30	30	30	30	30	30	30	33
20	11	20	30	30	30	30	30	30	30	33
30	11	20	30	30	30	33	33	33	33	33
40	11	20	30	40	41	42	43	44	45	46
50	11	20	30	41	50	51	52	53	54	55
60	11	20	33	42	51	60	61	62	63	64
70	11	20	33	43	52	61	70	71	72	73
80	11	20	33	44	53	62	71	80	81	82
90	11	20	33	45	54	63	72	81	90	91
100	33	33	33	46	55	64	73	82	91	100

NOTICE D'INFORMATION PRÉVOYANCE AVIZEN PRO CHAPITRE II. LES GARANTIES DE PRÉVOYANCE

Le taux d'indemnisation (n) correspondant au taux d'invalidité croisée 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	37,00	51	52,00	61	80,00
12	3,00	22	18,00	32	32,29	42	38,00	52	53,00	62	81,00
13	4,50	23	19,50	33	33,00	43	39,00	53	55,00	63	83,00
14	6,00	24	21,00	34	33,30	44	40,00	54	56,00	64	85,00
15	7,50	25	22,50	35	33,60	45	41,00	55	58,00	65	92,00
16	9,00	26	24,00	36	34,00	46	42,00	56	62,00	66	100,00
17	10,50	27	25,50	37	34,50	47	44,00	57	66,00	67	100,00
18	12,00	28	27,00	38	35,00	48	46,00	58	70,00	68	100,00
19	13,50	29	28,50	39	35,50	49	48,00	59	74,00	69	100,00
20	15,00	30	30,00	40	36,00	50	50,00	60	78,00	70	100,00

Un assuré ne peut pas être considéré en invalidité totale (taux d'indemnisation égal à 100 %) s'il continue d'exercer une activité professionnelle, ou en invalidité permanente partielle (taux d'invalidité croisée supérieur ou égal à 11 % en cas d'accident ou supérieur ou égal à 33 % en cas de maladie) si ses capacités de travail ou de gain ne sont pas diminuées.

c) 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 croisée est supérieur ou égal à 11 % en cas d'accident ou supérieur ou égal à 33 % en cas de maladie. Le taux d'indemnisation est révisable, à la hausse comme à la baisse, selon l'évolution de l'invalidité de l'assuré et le montant de la rente versée 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.

Tout changement de profession non signalé entraîne automatiquement la suspension de la garantie.

4.6. Capital en cas d'invalidité permanente partielle ou totale

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 au taux d'invalidité croisée de l'assuré tenant compte de sa profession déclarée et exercée, et de son taux d'invalidité fonctionnelle.

Le capital sera uniquement versé :

- 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 de l'invalidité,
- et si le taux d'invalidité croisée 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 croisée de l'assuré, tel que défini au paragraphe 4.5.b) de la présente Notice d'information.

Le taux d'indemnisation est définitivement fixé à la consolidation en invalidité sans possibilité de révision. Le versement du capital met fin à cette garantie.

Tout changement de profession non signalé entraîne automatiquement la suspension de la garantie.

4.7. 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 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 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 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, sans tenir compte de l'incidence professionnelle.

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	63,50	64	83,71
15	7,50	25	22,50	35	35,85	45	49,06	55	65,30	65	86,04
16	9,00	26	24,00	36	37,07	46	50,53	56	67,14	66	100,00
17	10,50	27	25,50	37	38,31	47	52,02	57	69,03	67	100,00
18	12,00	28	27,00	38	39,57	48	53,55	58	70,97	68	100,00
19	13,50	29	28,50	39	40,86	49	55,12	59	72,96	69	100,00
20	15,00	30	30,00	40	42,16	50	56,72	60	75,00	70	100,00

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 %. Le taux d'indemnisation est révisable, à la hausse comme à la baisse, selon l'évolution de l'invalidité de l'assuré et le montant de la rente versée 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.

4.8. 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 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 de l'invalidité,
- et si le taux d'invalidité fonctionnelle est supérieur ou égal à 11 %.

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 4.7.b) de la présente Notice d'information.

Le taux d'indemnisation est définitivement fixé à la consolidation en invalidité sans possibilité de révision. Le versement du capital met fin à cette garantie.

4.9. 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.

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

En cas d'invalidité permanente de l'assuré supérieure ou égale à 66 %, suite à maladie ou à accident et déclenchant une indemnisation au titre des garanties invalidité, 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.

L'invalidité de l'assuré est appréciée par rapport

- au taux d'invalidité croisée pour la rente en cas d'invalidité permanente partielle ou totale, tel que défini au paragraphe 4.5.b) de la présente Notice d'information,
- au taux d'invalidité fonctionnelle pour la rente en cas d'invalidité permanente partielle ou totale par accident, tel que défini au paragraphe 4.7.b) de la présente Notice d'information.

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

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.

Article 5 - Gestion des prestations

5.1. Formalités à accomplir en cas de sinistre

a) En cas de décès de l'assuré

Les pièces suivantes doivent être adressées à l'assureur :

- une déclaration de décès,
- un extrait d'acte de décès de l'assuré,
- en cas de décès par accident, tout document susceptible de prouver la relation de cause à effet entre l'accident et le décès (rapport de police, procès-verbal de gendarmerie...),
- un certificat médical post mortem,

ainsi que toute autre pièce demandée par l'assureur permettant de constituer le dossier.

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

b) En cas d'incapacité temporaire totale de travail 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.

Les pièces suivantes doivent être adressées à l'assureur :

- une déclaration circonstanciée de l'assuré,
- un formulaire de demande de prestation en incapacité temporaire totale et invalidité ; référence A300398, disponible auprès de votre Conseiller ou de l'assureur,
- un certificat médical indiquant le premier jour d'arrêt, la durée probable de l'incapacité, les causes et circonstances de cette incapacité,
- le certificat médical de prolongation de l'arrêt de travail le cas échéant,
- le certificat médical indiquant la reprise même partielle des activités,
- si l'incapacité résulte d'un accident, tout document susceptible de prouver la relation de cause à effet entre l'accident et l'incapacité (rapport de police, procès-verbal de gendarmerie...),
- la dernière déclaration de revenus ou, en cas de baisse d'activité, les 3 dernières déclarations, lorsque le montant de l'indemnité journalière est supérieure à 120 €,
- Pour la garantie Indemnités Remboursement des frais professionnels, la dernière annexe fiscale 2033, 2035 ou 2052-2053 (pour les créations d'entreprises, le bilan prévisionnel de l'entreprise), ou en cas de baisse d'activité, les 3 dernières annexes fiscales,

ainsi que toute autre pièce demandée par l'assureur permettant de constituer le dossier.

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

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

c) En cas d'invalidité permanente (partielle ou totale) de l'assuré

Les pièces suivantes doivent être adressées à l'assureur :

- une déclaration circonstanciée de l'assuré,
- un formulaire de demande de prestation en incapacité temporaire totale et invalidité ; référence A300398, disponible auprès de votre Conseiller ou de l'assureur,
- un certificat médical indiquant l'état d'invalidité et sa cause
 - en cas de maladie, il doit préciser la nature de la maladie et la date d'apparition des premiers symptômes,
 - en cas d'accident, il doit préciser la nature et le siège des lésions,
- le certificat de consolidation de l'invalidité,
- si l'invalidité résulte d'un accident, tout document susceptible de prouver la relation de cause à effet entre l'accident et l'invalidité (rapport de police, procès-verbal de gendarmerie...),

ainsi que toute autre pièce demandée par l'assureur permettant de constituer le dossier.

Les pièces médicales doivent être adressées, sous pli fermé, au médecin-conseil de l'assureur

5.2. Contrôle médical

À tout moment, l'assureur peut faire constater l'état de santé de l'assuré par un médecin. 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 évènement.

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 deux médecins s'en adjoindront un troisième 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.

En cas de refus de contrôle non justifié de l'assuré, l'assureur peut refuser le versement des prestations. 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 évènement.

Article 6 - Désignation et acceptation des bénéficiaires

6.1. Désignation des bénéficiaires

Vous pouvez désigner le ou les bénéficiaires 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.

Conformément à l'article A 132-9 du Code des Assurances, ces dispositions ne s'appliquent ni dans le cadre d'une adhésion à un contrat ouverture de crédit, où le bénéficiaire est la banque, ni dans le cas d'une adhésion à un home-clé, où l'entreprise adhérente est légalement la bénéficiaire.

6.2. 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 trente 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.

Chapitre III - 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.

Article 7 - Prestations accordées dès la prise d'effet de l'adhésion – Informations juridiques

Un service d'informations juridiques sur les droits et obligations pour toute problématique liée à l'exercice de l'activité professionnelle, délivré par Juridica, est mis à la disposition des assurés. Ce service est accessible du lundi au vendredi de 9 h 30 à 19 h (heure de Paris) et le samedi de 14 h 30 à 19 h 30, sauf jours fériés.

Une équipe de conseillers juridiques délivre une information juridique dans tous les domaines du droit français et du droit monégasque et oriente l'assuré sur les démarches à entreprendre. Les différents thèmes concernés sont les suivants :

- Protection commerciale : clients, fournisseurs, concurrence déloyale,
- Protection administrative, URSSAF, fiscalité,
- Protection pénale et disciplinaire,
- Protection pénale des salariés,
- Protection des locaux professionnels : baux commerciaux, travaux,
- Protection de vos biens mobiliers professionnels,
- Conflit individuel avec un salarié,
- Protection sociale : Sécurité sociale, caisse de retraite, Assedic, RSI,
- Recouvrement de créances.

Pour ces prestations, Juridica devra éventuellement effectuer des recherches et rappeler l'assuré ultérieurement afin de lui communiquer les renseignements nécessaires non disponibles immédiatement.

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité de Juridica ne pourra en aucun cas être engagée du fait de l'interprétation des informations transmises.

Article 8 - Prestation accordée en cas d'incapacité temporaire totale de l'assuré supérieure à 10 jours continus - Aide au retour à la vie professionnelle

Le service Assistance organise et prend en charge les frais de taxi dans un rayon de 50 km autour du domicile pour des déplacements liés à la reprise de l'activité professionnelle.

Cette prestation est accordée une seule fois, par année d'adhésion, dans la limite d'un aller-retour par jour pendant 3 jours maximum.

Article 9 - Prestations accordées en cas d'invalidité permanente attestée de l'assuré d'au moins 66 %

Ces prestations ne sont accordées que si l'assuré a choisi l'une des garanties invalidité décrites à l'article 4 de la présente Notice d'information.

L'invalidité de l'assuré est appréciée par rapport

- au taux d'invalidité croisée pour la rente en cas d'invalidité permanente partielle ou totale et le capital en cas d'invalidité permanente partielle ou totale, tel que défini au paragraphe 4.5.b) de la présente Notice d'information,
- au taux d'invalidité fonctionnelle pour la rente en cas d'invalidité permanente partielle ou totale par accident et le capital en cas d'invalidité permanente partielle ou totale par accident, tel que défini au paragraphe 4.7.b) de la présente Notice d'information.

9.1. Réalisation d'un « bilan de situation »

À la demande de l'assuré, le service Assistance organise et prend en charge le déplacement d'un professionnel de santé à son domicile pour réaliser une évaluation complète et personnalisée de sa situation et ainsi lui proposer des solutions afin d'améliorer ses conditions de vie personnelle et favoriser sa reconversion professionnelle.

Le service Assistance ne prend en charge qu'un seul bilan de situation par assuré pendant la durée de l'adhésion.

9.2. Aide à la reconversion professionnelle

Sur la base des informations collectées lors du bilan de situation, le service Assistance fournit à l'assuré un suivi personnalisé en l'orientant et en facilitant ses démarches auprès de services privés ou publics appropriés, afin de permettre sa reconversion professionnelle.

Ainsi, le service Assistance aide l'assuré en l'orientant et l'informant en particulier sur :

- le projet professionnel et le bilan de compétence ;
- les démarches administratives ;
- les aides extérieures ;
- les formations complémentaires ;
- les financements possibles par l'État, les collectivités locales ou les associations ;
- les revues professionnelles spécialisées sur les secteurs d'activité adaptés à l'assuré ;
- les informations sur les procédures administratives relatives à la création d'entreprise et les incitations financières proposées.

9.3. Assistance psychologique

Sur demande de l'assuré, le service Assistance peut mettre ce dernier en relation avec un psychologue à raison de 3 entretiens téléphoniques.

Le service Assistance se charge également, s'il le souhaite, de le mettre en contact avec un psychologue proche de son domicile.

Au-delà de ces trois consultations téléphoniques, le coût d'une éventuelle prolongation de l'assistance psychologique reste à la charge de l'assuré.

Article 10 - Prestations accordées en cas d'hospitalisation imprévue de l'assuré supérieure à 24 heures ou d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours

10.1. 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.

10.2. 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.

10.3. 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.

10.4. 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.

Article 11 - 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.

11.1. 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.

11.2. 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.

11.3. 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.

Article 12 - Dispositions applicables aux services d'assistance

12.1. 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

Les services d'assistance disponibles en cas d'invalidité permanente ou d'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré sont accordés dans les mêmes conditions que le versement des prestations d'assurance en cas d'invalidité permanente ou d'incapacité temporaire totale décrites au chapitre II de la présente Notice d'information.

12.2. 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.

12.3. 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.

Chapitre IV - Les dispositions générales

Article 13 - Exclusions et limites des garanties

13.1. Exclusions des garanties en cas de décès toutes causes ou d'invalidité permanente totale toutes causes (garanties décrites à l'article 3 de la présente Notice d'information)

Sont exclus des garanties décès toutes causes et invalidité permanente totale toutes causes

- Le suicide et la tentative de suicide conscient ou inconscient, s'il survient au cours de la première année d'assurance. En cas d'augmentation des garanties, le suicide et la tentative de suicide sont exclus pour le supplément de garanties pendant 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 préjudice à l'assuré.

13.2. Exclusions des garanties décès par accident et invalidité permanente totale par accident (garanties décrites à l'article 3 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 de l'exercice des activités suivantes, sauf acceptation par l'assureur mentionnée dans le certificat d'adhésion :
 - activités et sports à risque* (*liste précisée dans les définitions*),
 - essais, entraînements de sports nécessitant l'utilisation d'engins à moteur,
 - tentatives de records,
 - sports de compétition*,
 - sports professionnels*,
 - raids sportifs.

Cependant, les initiations aux sports énumérés dans la liste « activités et sports à risque* », liste précisée dans les définitions, 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*.

- Les conséquences d'un accident* survenu avant la prise d'effet de l'adhésion, ou d'une maladie dont les premières manifestations sont antérieures à la date d'effet de l'adhésion ou de l'avenant* d'augmentation pour le supplément de garanties, ou d'une malformation congénitale connue de l'assuré, 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 ou à l'avenant.
- 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.

Par ailleurs, sont exclues du bénéfice de ces garanties, toutes personnes ayant causé volontairement ou intentionnellement préjudice à l'assuré.

13.3. Exclusions des garanties en cas d'incapacité temporaire totale de travail et d'invalidité permanente partielle ou totale (garanties décrites à l'article 4 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 de l'exercice des activités suivantes, sauf acceptation par l'assureur mentionnée dans le certificat d'adhésion :
 - activités et sports à risque* (*liste précisée dans les définitions*),
 - essais, entraînements de sports nécessitant l'utilisation d'engins à moteur,
 - tentatives de records,
 - sports de compétition*,
 - sports professionnels*,
 - raids sportifs.

Cependant, les initiations aux sports énumérés dans la liste « activités et sports à risque*», liste précisée dans les définitions, 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.

- Les conséquences d'un accident survenu avant la prise d'effet de l'adhésion, ou d'une maladie dont les premières manifestations sont antérieures à la date d'effet de l'adhésion ou de l'avenant* d'augmentation pour le supplément de garanties, ou d'une malformation congénitale connue de l'assuré, 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 ou à l'avenant.
- 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 d'un refus volontaire de traitements de l'assuré.

13.4. Limitation de garanties

Délai d'attente pour les garanties incapacité et invalidité

Concernant les garanties Incapacité et Invalidité décrites à l'article 4 de la présente Notice d'information, toute affection ou maladie, dont les premières manifestations surviennent 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 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 disco-vertébrales et musculaires

L'incapacité consécutive à une pathologie du rachis (lumbagos, sciatiques, hernies discales, cruralgies) ou à une élongation, à une déchirure musculaire, est indemnisée :

- au titre de la maladie responsable, même si son apparition est soudaine et imprévisible et qu'elle est liée à une altération de la santé de l'assuré déjà existante à la survenance de l'incapacité,
- au titre d'un accident dans le cas contraire.

En toute état de cause, 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.

Quant à l'invalidité, elle est couverte uniquement dans le cas où la pathologie 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, au cours d'un entraînement ou d'un match.

Sports de neige en hors-pistes non balisées

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 non balisées.

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.

Article 14 - Quand et comment êtes-vous informé ?

Vous recevrez, peu après votre versement initial, votre certificat d'adhésion à **Avizen Pro** 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, une nouvelle situation de votre adhésion au contrat.

Article 15 - 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.

Article 16 - Rachat et réduction

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

Article 17 - 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 Pro 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.

Article 18 - Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive 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 jusque-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 dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent, et dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droits 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 trente 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 cotisations et par l'adhérent ou le bénéficiaire à l'assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Article 19 - En cas de réclamation

Le paragraphe ci-dessous précise les modalités d'examen des réclamations et le recours au processus de la médiation.

Cette procédure ne constitue toutefois pas un préalable obligatoire à votre droit d'engager une action en justice et de saisir le tribunal compétent.

Vous devez dans un premier temps contacter, par téléphone ou par écrit, votre conseiller ou votre service Clients joignable par téléphone au numéro non surtaxé suivant : 0970 818 335

Par la suite, et si une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel à la Direction Relations Clientèle en écrivant à l'adresse suivante :

AXA France
Direction Relations Clientèle
TSA 46 307

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin.

Les délais de traitement de votre réclamation sont les suivants : un accusé de réception vous sera adressé dans un délai de 10 jours, et vous recevrez une réponse dans un délai de 60 jours (sauf survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont nous vous tiendrons expressément informés).

Enfin, et dans la mesure où aucune solution n'a été trouvée, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en vous adressant à l'association La Médiation de l'Assurance à l'adresse suivante :

Par mail : sur le site www.mediation-assurance.org

Par courrier : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09

L'intervention du médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai de 90 jours à réception du dossier complet . Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

Article 20 - 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 61, rue de Taitbout, 75009 Paris.

Article 21 - 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 communiqués 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.

Article 22 - Les changements induits par l'entrée en application de la Loi Eckert en Janvier 2016

Dépôt à la Caisse des Dépôts et consignations (CDC) et acquisition par l'Etat 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 L132-27-2 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

NOTICE D'INFORMATION PRÉVOYANCE AVIZEN PRO

CHAPITRE IV. LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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'Etat 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'Etat, 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 suite à ce dépôt

L'assureur et l'adhérent sont libérés de toute obligation suite à 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.

A 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 :

Six 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).

-

Chapitre V - Accord de partenariat

Article 23 - 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.

Article 24 - La durée et résiliation du contrat

Le contrat Avizen Pro 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 Pro » 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 Pro » 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.

Article 25 - La modification du contrat

Au cours de la vie de votre adhésion, les conditions et modalités du contrat Avizen Pro 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 trois mois minimum avant son entrée en vigueur. Jusqu'à la date d'effet de ces modifications, les dispositions antérieures du contrat Avizen Pro 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.

Chapitre VI - Convention d'utilisation des Services numériques

Cette convention définit les conditions d'utilisation des Services numériques rendus lors de la souscription ou de l'exécution de votre contrat.

Elle s'applique en cas de choix (i) d'une souscription électronique, qui entraîne simultanément le choix d'une relation électronique, ou (ii) d'une relation électronique intervenant ultérieurement à la souscription de votre contrat.

Si vous êtes en désaccord avec l'une quelconque de ses stipulations, nous vous invitons à ne pas signer électroniquement votre contrat, à ne pas entrer dans une relation électronique avec nous et à souscrire votre contrat ou à échanger avec nous sous format papier.

Ce choix de souscription électronique ou d'une relation électronique se fait par contrat. Cette convention ne vous engage que pour les contrats sur lesquels vous avez exprimé ce choix.

Cette convention d'utilisation des Services numériques a pour objet de porter à votre connaissance le processus de souscription électronique ainsi que les modalités de mise en œuvre d'une relation électronique.

Article 26 - Définitions

Pour les besoins de la présente convention, les termes ou expressions commençant par une majuscule auront la signification suivante :

- Documents réglementaires : désigne tout document que nous vous remettons et dont la délivrance à l'assuré est rendue obligatoire par les lois ou règlements en vigueur.
- Écran de consultation : désigne l'écran de la tablette tactile ou de l'ordinateur utilisé par vous notamment lors d'une souscription en ligne, ou par votre conseiller pour vous permettre (i) de lire les documents électroniques, (ii) de vérifier et valider les informations saisies et (iii) de signer électroniquement vos documents.
- Services numériques : désigne l'ensemble des Services numériques susceptibles d'être mis à votre disposition. Les Services numériques incluent notamment la signature électronique et le Service E-Document. Nous nous engageons à délivrer les Services numériques conformément aux termes de la présente Convention au titre d'une obligation de moyens.
- Espace client : désigne l'espace sécurisé du Site internet, auquel vous pouvez accéder par la saisie de votre Identifiant et de votre Mot de passe. Il contient les renseignements et les documents relatifs à votre souscription électronique (dont votre contrat signé électroniquement), ainsi que certains documents de gestion de votre contrat si ceux-ci ont été dématérialisés. Toute opération effectuée depuis votre Espace client sera réputée être réalisée par vous.
- Identifiant : désigne un numéro d'identification que nous vous aurons communiqué.
- Mot de passe : désigne votre code secret d'accès à votre Espace client.
- Nous : pour les besoins de la présente convention d'utilisation des Services numériques, désigne l'assureur ou son délégué de gestion.
- Service E-Document : désigne un service qui vous permet de recevoir de façon électronique au sein de votre Espace client tout document y compris les Documents réglementaires sous réserve que lesdits documents soient dématérialisés.
- Site internet : désigne le site internet axa.fr ou tout autre site d'un de nos délégués de gestion.
- Signature électronique : désigne « l'usage d'un procédé fiable d'identification garantissant son lien avec l'acte auquel elle s'attache » conformément au Code civil.
- Téléchargement : désigne le fait de télécharger un document sur votre ordinateur ou sur tout support de votre choix à partir d'un de nos Sites internet.
- Télétransmission : désigne le fait de transmettre électroniquement un document à partir de votre ordinateur ou tout équipement vous appartenant vers un de nos Sites internet.
- Tiers de confiance : désigne tout prestataire avec lequel nous travaillons délivrant des services dématérialisés tels que la signature électronique ou l'envoi de lettres recommandées électroniques.

Article 27 - Acceptation de la relation électronique

27.1. Choix d'une souscription électronique

Le choix d'une souscription électronique peut vous être proposé

- par un conseiller en relation avec vous de façon directe ou téléphonique,
- lors d'une souscription en ligne sur Internet.

En choisissant de souscrire avec signature électronique, vous acceptez de recourir à la voie électronique pour la conclusion et l'exécution de votre contrat, conformément à l'article 1369-2 du Code civil.

27.2. Choix de la relation électronique

Si vous n'avez pas souscrit avec signature électronique le choix d'une relation électronique vous est proposé à tout moment au travers de l'Espace client ou sur demande auprès de votre conseiller.

27.3. Retour à une relation par échanges papier

Vous pouvez à tout moment changer d'avis et revenir à des échanges sur support papier, soit via l'Espace client ou sur demande auprès votre conseiller. Dans une telle hypothèse, et à compter de la prise en compte de votre demande, nous vous adresserons sur support papier l'ensemble des documents et informations édités postérieurement à la prise en compte de cette demande.

Nous pouvons également à tout moment mettre un terme à la totalité ou à certains Services numériques (et revenir ainsi à des échanges papier), ou en modifier le contenu sous réserve de vous en informer. Le retour à une relation par échanges papier n'aura d'incidence que pour l'avenir et ne remettra pas en cause la force probante des documents électroniques avant la date d'effet de la demande de retour à des échanges papier.

Article 28 - Vos engagements

28.1. Pour utiliser les Services numériques, et outre les besoins du contrat d'assurance, vous devez fournir de façon exacte les informations suivantes : votre nom, prénom, adresse postale, numéro de mobile et adresse e-mail.

28.2. Pour vous connecter à votre Espace client, vous devez utiliser l'Identifiant qui vous a été fourni et votre Mot de passe. Il vous appartient d'assurer la confidentialité de ces informations et de vous assurer de la sécurité de votre compte. Pour ce faire, vous devez garder ces renseignements strictement confidentiels, vous déconnecter après chaque session et modifier votre Mot de passe régulièrement.

28.3. Le numéro de mobile et l'adresse e-mail que vous renseignez doivent correspondre à un téléphone mobile et à une messagerie électronique vous appartenant, que vous seul pouvez utiliser et que vous consultez régulièrement. Ces renseignements nous servent à vous identifier, à sécuriser vos transactions, à vous communiquer des informations, à recevoir des notifications liées à votre contrat d'assurance et à vous permettre de signer électroniquement des documents.

Par ailleurs, en acceptant la relation électronique, vous acceptez expressément de recevoir des lettres recommandées électroniques. L'adresse e-mail que vous avez déclarée pourra être utilisée pour l'envoi de lettres recommandées électroniques.

Ainsi, vous vous engagez :

- en cas de changement de numéro de mobile ou d'adresse e-mail, à nous en informer au plus vite en modifiant vos coordonnées personnelles à partir de votre Espace client ou en vous rapprochant de votre conseiller,
- à consulter régulièrement la boîte de messagerie correspondant votre adresse e-mail,
- à configurer votre messagerie électronique de façon à ce que les e-mails que nous vous adressons ou qui vous sont adressés par le(s) Tiers de confiance ne puissent pas être considérés comme des e-mails indésirables (SPAM),
- à vérifier régulièrement vos e-mails indésirables afin de vous assurer que des e-mails liés à la gestion et à l'exécution de votre contrat n'y figurent pas et s'ils y figurent à en prendre connaissance.

Article 29 - Processus de souscription électronique

Vous pouvez souscrire votre contrat électroniquement :

- soit dans le cadre d'une souscription auprès de votre conseiller,
- soit dans le cadre d'une souscription en ligne sur Internet.

29.1. Étape 1 : Renseignements des informations vous concernant

Aux fins de nous permettre de vous proposer le contrat et les options les plus adaptées, vous devez renseigner un certain nombre d'informations.

Si vous souscrivez votre contrat auprès de votre conseiller

Vos réponses sont recueillies préalablement à toute souscription. Lorsqu'une date et heure sont indiquées en bas d'un document (tel que le questionnaire de déclaration de risque), par la signature électronique de ce document, vous reconnaissez que ce document a été bien établi à la date et heure indiquée.

Si vous souscrivez votre contrat en ligne sur Internet, vous renseignerez ces informations vous-même. A tout moment vous pourrez retourner sur l'écran précédent afin de corriger une information inexacte.

29.2. Étape 2 : Présentation des documents

Les documents vous sont alors présentés soit sous format papier, soit sur un support électronique. Il s'agit :

- de la fiche d'information et de conseil précontractuel, si vous souscrivez votre contrat auprès d'un agent général ;
- du questionnaire de déclaration de risque, le cas échéant ;
- des conditions générales et conditions particulières du contrat d'assurance.

Dans tous les cas, ces documents seront mis en ligne sur votre Espace client, ils seront téléchargeables et imprimables et vous serez informé de cette mise en ligne par e-mail à l'adresse préalablement déclarée.

29.3. Étape 3 : Validation de la souscription et fourniture éventuelle des pièces justificatives

Les documents sont affichés sur l'Écran de consultation. Vous devrez alors relire l'ensemble des documents afin de vous assurer que les informations saisies sont exactes. Si elles sont erronées, il vous suffit de l'indiquer à votre conseiller qui procédera aux corrections demandées, ou en cas de souscription en ligne de revenir aux écrans précédents pour les modifier. Ce n'est que si les informations sont exactes et que vous êtes d'accord avec les conditions proposées que vous devez souscrire le contrat.

Pour ce faire, il vous sera demandé, préalablement au paiement de la prime, de fournir certains documents justificatifs. Ces documents pourront soit être fournis sur support papier à votre conseiller, soit directement télétransmis sur le Site internet en cas de souscription en ligne.

29.4. Étape 4 : Signature électronique du contrat d'assurance

Dès lors que vous avez choisi de souscrire électroniquement votre contrat d'assurance, vous allez signer électroniquement vos documents. L'ensemble des documents vous seront présentés pour signature et remis dans votre Espace client selon le processus décrit à l'article 5 « Signature électronique de documents ». La signature électronique vous engage au même titre qu'une signature manuscrite.

Article 30 - Signature électronique de documents

La Signature électronique peut intervenir soit à la souscription du contrat pour signer les documents contractuels, soit en cours de vie du contrat pour signer d'autres documents.

30.1. Vérification des documents et signature par voie électronique

Pour signer électroniquement vos documents, vous pouvez, dans certains cas, être redirigés vers le site du Tiers de confiance. En tout état de cause, à ce stade, les documents qui vous sont présentés pour signature ne sont plus modifiables.

Vous devez lire ces documents et vous assurer qu'ils correspondent bien aux informations fournies et à celles qui vous ont été présentées.

Pour donner votre consentement définitif, vous devez cliquer sur le bouton « signer ». Un sms contenant un code vous est alors automatiquement adressé sur le numéro de téléphone portable que vous avez déclaré préalablement. Ce code est généré automatiquement par le Tiers de confiance. Pour des raisons de sécurité, il s'agit d'un code à usage unique dont la durée de validité ne dépasse pas sept (7) jours. Pour rendre effective votre Signature électronique du document, vous devez saisir le code reçu dans le champ correspondant.

Vous reconnaissez que la saisie du code reçu dans le champ correspondant et le fait de cliquer sur le bouton « Signer » correspond à votre signature électronique et vous engage définitivement. Dans ce cadre, cet acte positif de votre part manifeste votre consentement au contenu du document et confère à l'écrit signé électroniquement la même valeur juridique qu'un document sur lequel est apposée une signature manuscrite et ce, conformément aux articles 1316-1 et 1316-4 du Code civil.

L'heure et la date de votre signature sont apposées automatiquement par le Tiers de confiance, au moyen d'un procédé d'horodatage. Pour des raisons techniques, lorsqu'il y a plusieurs documents, ils peuvent être signés en même temps, ce qui ne signifie pas que lesdits documents ont été renseignés en même temps.

30.2. Remise de vos documents originaux signés

Dès que vos documents sont signés électroniquement, ils sont automatiquement mis à votre disposition sur votre Espace client et un e-mail vous est adressé afin de (i) vous confirmer la mise en ligne des documents et (ii) vous indiquer comment y accéder. Cette mise à disposition des documents électroniques signés, sur votre espace client vaut remise de votre exemplaire original au sens de l'article 1325 du Code civil et accusé de réception au sens de l'article 1369-5 du Code civil.

Ces documents sont téléchargeables et imprimables. Ils resteront accessibles en ligne pendant la durée de votre contrat d'assurance. Nous vous recommandons de télécharger ou d'imprimer ces documents afin de disposer d'un exemplaire facilement accessible.

Article 31 - Relation électronique

Vous avez choisi la relation électronique (i) en signant électroniquement votre contrat ou (ii) en choisissant ultérieurement ce mode de relation.

Par ce choix vous acceptez de recevoir par voie électronique toute information susceptible de vous être adressée dans le cadre de l'exécution du contrat et, le cas échéant, les lettres recommandées électroniques à l'adresse e-mail que vous nous avez déclarée.

Cette relation électronique concerne les actes et éditions que nous avons déjà dématérialisés. Certains actes ou éditions peuvent perdurer sous forme papier.

Nous faisons évoluer régulièrement notre offre de Service E-document. En choisissant la relation électronique, vous acceptez que la liste des documents et informations adressés par voie électronique puisse évoluer. Toute évolution des informations et documents susceptibles de vous être adressés de façon électronique vous sera notifiée par email à l'adresse que vous nous avez communiquée.

Les documents électroniques sont mis à votre disposition sur l'Espace client dans le cadre de notre Service E-Documents. Dès leur mise en ligne, un email vous est adressé afin de vous informer que les documents sont disponibles sur l'Espace client.

Les Documents règlementaires mis à disposition par le Service E-document sont imprimables et téléchargeables au format Pdf ce qui confère au support ainsi communiqué un caractère intègre et durable. Vous vous engagez soit à imprimer lesdits Documents règlementaires et à les conserver ; soit à télécharger lesdits documents et à procéder à leur enregistrement.

Ces Documents règlementaires seront accessibles en ligne pendant un délai minimum de 2 ans à compter de la date de leur première mise en ligne.

Article 32 - Moyens de preuve

Vous reconnaissez :

- que le fait de recevoir un courrier électronique à votre adresse e-mail déclarée, indiquant la mise à disposition des documents contractuels signés électroniquement ou de Documents réglementaires sur votre Espace client vaut remise desdits documents.
- que le fait que les documents soient téléchargeables au format Pdf et imprimables confère au support ainsi communiqué les caractères d'intégrité et de durabilité exigés par la loi.
- que l'identification issue de la déclaration de votre identité ainsi que de votre numéro de mobile vaut identification au sens de l'article 1316-1 du Code civil.
- qu'en cas de litige les données que vous avez transmises, les certificats et signatures électroniques utilisés dans le cadre des Services numériques sont admissibles devant les tribunaux et feront preuve des données et des faits qu'ils contiennent ainsi que des signatures et procédés d'authentification qu'ils expriment.
- qu'en cas de litige, les jetons d'horodatage sont admissibles devant les tribunaux et font preuve des données et des faits qu'ils contiennent. La preuve des connexions et d'autres éléments d'identification ou actions réalisées par vous sera établie en tant que de besoin à l'appui des journaux de connexions tenus par nous et des traces informatiques conservées à cet effet.

En cas de signature électronique, vous reconnaissez expressément que le fait de cliquer sur le bouton « SIGNER » et la saisie du code transmis sur votre mobile :

- manifestent votre consentement au contenu du document,
- confère à l'écrit signé conformément aux articles 1316-1 et 1316-4 du Code civil la même valeur juridique qu'un document écrit et signé manuscritement.

Article 33 - Archivage des documents

Nous conserverons les documents électroniques pendant toute la durée légale de conservation. Ainsi, vous pouvez durant cette période, nous demander de vous adresser ces documents sous format électronique en vous rapprochant de votre conseiller ou nos services.

En cas de résiliation du contrat d'assurance signé électroniquement ou pour lequel une relation électronique aurait été demandée, nous vous informerons d'un délai pendant lequel vous devrez télécharger l'ensemble des documents de l'Espace client aux fins de conservation par vos soins.

Article 34 - Données à caractère personnel

En complément des informations relatives aux traitements de données à caractère personnel que nous réalisons, vous êtes informés que dans les cadre des Services numériques, vos données à caractère personnel pourront être transmises aux Tiers de confiance aux fins de réaliser les Services numériques (par exemple : signature électronique, envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception, archivage électronique...).

Pour tout renseignement complémentaire
Contactez-nous

www.axa.fr

Votre Association ANPERE

En optant pour ce contrat, vous adhérez à ANPERE (Association Nationale pour la Prévoyance et l'Épargne et la Retraite), une des principales associations d'assurés en France. Souscriptrice du contrat, elle vous fait bénéficier d'une représentation collective auprès d'AXA, d'une information régulière et de services pratiques pour faciliter votre vie quotidienne.

www.anpere.fr



AXA France Vie. Société Anonyme au capital de 487 725 073,50 € - 310 499 959 R.C.S. Nanterre

AXA Assurances Vie Mutuelle. Société d'Assurance Mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes. Siren 353 457 245
Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex

Entreprises régies par le Code des Assurances.

ANPERE (Association Nationale pour la Prévoyance l'Épargne et la Retraite) : Association déclarée, régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 - Siège : Immeuble Axe Étoile 103 -105, rue des Trois Fontanot 92000 Nanterre

INTER PARTNER ASSISTANCE (AXA Assistance), société anonyme de droit belge au capital de 31 702 613 euros, est soumise en qualité d'entreprise d'assurance de droit belge au contrôle prudentiel de la Banque Nationale de Belgique située Boulevard de Berlaimont 14 – 1000 Bruxelles – Belgique et est immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055, dont le siège social est situé 166 Avenue Louise – Bte 1 - 1050 Bruxelles – Belgique, prise au travers de sa succursale française immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 316 139 500 et située 6, rue André Gide 92320 Châtillon, elle-même soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 61, rue Taitbout – 75 009 Paris.

réinventons / notre métier

