



Assurance des Emprunteurs

NOTICE D'INFORMATION

Version de juin 2022

IMPORTANT

La Notice d'Information de votre adhésion est un document juridique essentiel. Lisez-la dès aujourd'hui et classez-la avec vos autres papiers importants.

OBJET DE L'ADHÉSION À L'ASSURANCE DES EMPRUNTEURS IRIADE EMPRUNTEUR	2	COTISATION D'ASSURANCE	12
DÉFINITIONS	3	10. Coût de l'assurance	12
ADHÉSION ET MODALITÉS	4	11. Modification du coût de l'assurance	12
1. Conditions d'admission à l'assurance	4	INFORMATIONS GÉNÉRALES	13
2. Bénéficiaires des garanties	5	12. Prescription	13
3. Date d'effet, durée, renonciation, cessation et résiliation	5	13. Territorialité	13
4. Changements en cours d'adhésion	6	14. Loi applicable - Réclamation - Tribunaux Compétents	13
GARANTIES, OPTIONS DU CONTRAT ET MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE	7	15. Fonds de garantie	13
5. Formules de garanties auxquelles le candidat à l'assurance peut adhérer	7	16. Protection des données personnelles	14
6. Garanties proposées	7		
7. Risques que l'adhésion ne couvre pas	9		
8. Délai de déclaration et pièces à fournir en cas de demande de prise en charge	11		
9. Contrôle médical et expertise	12		

OBJET DE L'ADHÉSION À L'ASSURANCE IRIADE EMPRUNTEUR

L'adhésion à l'assurance a pour objet de couvrir tout ou partie des risques liés au Décès, à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (*PTIA*), à l'Invalidité Permanente Totale (*IPT*), à l'Invalidité Permanente Partielle (*IPP*), à l'Incapacité Temporaire Totale (*ITT*) ou l'Incapacité Temporaire Partielle de travail (*ITP*) survenant à la suite d'une Maladie ou d'un Accident de l'Assuré avant le terme d'une opération de prêt. Selon les formules choisies par l'Adhérent et présentées à l'Article 5 ci-après, l'assurance garantit :

- le versement du capital restant dû en cas de Décès ou de *PTIA* de l'Assuré,
- le versement des échéances de prêt en cas d'*IPT*, d'*IPP*, d'*ITT* ou d'*ITP* de l'Assuré.

Les prêts concernés par la présente assurance, ci-après dénommés prêts, sont :

- Les prêts amortissables à taux fixe ou à taux variable avec un différé partiel ou total possible d'une durée maximale de 36 mois,
- les prêts amortissables à échéances modulables, sous réserve que la limite de variation entre deux échéances soit au maximum de 30 % et qu'un délai de 12 mois minimum s'écoule entre deux modifications de prêt,
- les prêts in fine ou prêts relais avec un différé partiel ou total des intérêts,
- les opérations patrimoniales associées à des structures commerciales (SCI, SARL, SNC, EURL, ...).

La durée des prêts, y compris la période de différé, les reports d'échéances et les aménagements possibles ne peut être supérieure à 30 ans. Les contrats de prêts doivent être souscrits auprès d'un organisme financier situé en France, être libellés en euros et rédigés en français. Les relations précontractuelles et le contrat d'assurance IRIADE Emprunteur n°90.247 D sont régis par le droit français.

DÉFINITIONS

- **ACCIDENT** : Atteinte corporelle, indépendante de la volonté de la victime, et due à l'action soudaine, irrépressible et imprévisible d'une cause extérieure. **Ne sont jamais considérés comme Accident au titre de la présente Notice d'Information, les accidents cérébraux ou cardio-vasculaires, quelle qu'en soit l'origine.**
- **ADHÉRENT** : Personne physique ou morale contractant des prêts et ayant signé la Demande d'Adhésion à l'assurance. Membre d'APOGÉE, l'Adhérent est en outre le payeur des cotisations. L'adhésion à APOGÉE figure dans la Demande d'Adhésion.
- **APOGÉE** : Association pour l'Optimisation et la Gestion de l'épargne Retraite, régie par la loi du 1^{er} juillet 1901. L'Association, souscriptrice du contrat, a principalement pour objet de promouvoir le développement de l'épargne retraite volontaire, de la prévoyance et de la santé. L'adhésion à l'Association APOGÉE est obligatoire pour être admissible au contrat d'assurances IRIADE Emprunteur.
- **ASSURÉ** : Personne physique désignée sur la Demande d'Adhésion sur laquelle reposent les garanties d'assurance souscrites. Lorsque l'Adhérent est une personne physique, il a aussi la qualité d'Assuré.
- **BÉNÉFICIAIRE** : Personne physique ou morale qui perçoit les prestations de l'Assureur en cas de mise en jeu d'une garantie.
- **CAPITAL ASSURÉ** : Capital restant dû à la date du Décès ou de survenance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) dans la limite de la Quotité choisie à l'adhésion.
- **CONVENTION AERAS** (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) : dispositif destiné à faciliter l'accès à l'assurance des personnes présentant un risque aggravé de santé (www.aeras.com).
- **DEMANDEUR D'EMPLOI** : Personne enregistrée à Pôle Emploi ou tout autre organisme assimilé et susceptible de percevoir des allocations chômage.
- **EXPATRIÉ** : Personne de nationalité française qui, pour des raisons professionnelles ou personnelles, réside physiquement pour une durée déterminée dans un autre pays, quel qu'il soit. Elle doit être amenée à revenir à terme sur le territoire national.
- **FIBROMYALGIE** : Maladie associant des douleurs diffuses chroniques musculaires et articulaires, une fatigue chronique, des troubles du sommeil, des troubles cognitifs mineurs et des troubles de l'humeur d'intensité variable et d'évolution chronique, entraînant des difficultés dans les activités de la vie quotidienne. Le diagnostic doit être établi par un médecin spécialiste et doit être conforme aux critères établis par le Collège américain de rhumatologie en 1990, révisés en 2010.
- **FRANCHISE** : Nombre minimum de jours consécutifs d'arrêt de travail au-delà duquel l'Assureur est susceptible de verser les prestations au Bénéficiaire. Cette franchise est notifiée dans le Certificat Individuel d'Adhésion.
- **INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)** : Etat médicalement constaté d'incapacité permanente et partielle de l'Assuré à exercer son activité lui procurant gain ou profit, en raison d'un handicap physique ou psychique résultant d'une Maladie ou d'un Accident. Le taux d'invalidité doit être supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %. Ce taux d'invalidité est déterminé par voie d'expertise médicale par le croisement de 2 taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle.
- **INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT)** : Etat médicalement constaté d'incapacité permanente et totale de l'Assuré à exercer son activité lui procurant gain ou profit, en raison d'un handicap physique ou psychique résultant d'une Maladie ou d'un Accident. Le taux d'invalidité doit être supérieur ou égal à 66 %. Ce taux d'invalidité est déterminé par voie d'expertise médicale par le croisement de 2 taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle.
- **INCAPACITÉ TEMPORAIRE PARTIELLE DE TRAVAIL (ITP)** : Etat médicalement constaté d'incapacité temporaire partielle de l'Assuré à exercer son activité professionnelle procurant gain ou profit à l'Assuré, en raison d'un handicap physique ou psychique résultant d'une Maladie ou d'un Accident.
- **INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT)** : Etat de l'Assuré reconnu par l'Assureur, lorsque :
 - l'Assuré exerçant une activité professionnelle ou étant demandeur d'emploi la veille du sinistre, se trouve dans un état médicalement constaté d'incapacité temporaire et totale à exercer son activité professionnelle lui procurant gain ou profit, en raison d'un handicap physique ou psychique résultant d'une Maladie ou d'un Accident,ou
 - l'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle la veille du sinistre est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale de Travail s'il est temporairement contraint, à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garantie, d'observer sur prescription médicale, un repos complet et continu à son domicile, l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles (notamment travaux domestiques et gestion des affaires familiales et personnelles). L'incapacité doit être temporaire et totale et reconnue par une autorité médicale compétente. L'assureur se réservera le droit de mandater une expertise médicale.
- **MALADIE** : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.
- **NON-FUMEUR** : Personne physique déclarant ne pas avoir fumé de cigarette, cigarette électronique, cigare ou pipe, au cours des 24 mois précédents la signature de la demande d'adhésion.
- **PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)** : Tout état physique ou mental de l'Assuré le rendant définitivement incapable d'exercer une activité quelconque procurant un gain ou profit et nécessitant l'assistance permanente d'une tierce personne pour effectuer au moins 3 des 6 Actes ordinaires de la vie quotidienne (la toilette, l'habillement, l'alimentation, la continence, les déplacements à l'intérieur, les transferts).
- **QUOTITÉ** : Pourcentage du prêt garanti (capital et échéances de prêts).
- **RISQUES SPÉCIAUX** : les risques spéciaux concernent les personnes qui exercent des professions dangereuses ou qui résident dans un pays à risque ou qui effectuent des déplacements professionnels dans un pays à risque ou qui pratiquent des sports dangereux.
- **RISQUES MÉDICAUX** : les risques médicaux résultent de l'appréciation par l'Assureur de l'état de santé de l'Assuré sur la durée des garanties dans le seul but de déterminer ses conditions d'acceptation à l'assurance.
- **VENTE À DISTANCE** : Vente conclue sans la présence physique simultanée de l'Assuré ou de l'Assureur, qui pour la conclusion de l'adhésion au contrat d'assurance, utilisent une ou plusieurs techniques de communication à distance.

ADHÉSION ET MODALITÉS

1. CONDITIONS D'ADMISSION À L'ASSURANCE

Tout emprunteur, co-emprunteur ou caution d'un ou plusieurs prêts étant expatrié ou résident français, candidat à l'assu-

rance, peut demander à adhérer au contrat d'assurance IRIADE Emprunteur aux conditions suivantes :

Formule de garanties	Conditions d'âge ⁽¹⁾	Conditions liées au lieu de la résidence fiscale ⁽¹⁾
Formule 1 (Décès/PTIA)	Décès : De 18 ans à moins de 79 ans PTIA : De 18 ans à moins de 64 ans	Être résident français ou expatrié
Formule 2 (Décès/PTIA - IPT/ITT/ITP) Formule 3 (Décès/PTIA - IPT/ITT/ITP/IPP) Option ZEN	De 18 ans à moins de 64 ans	Être résident français ou expatrié

(1) À la date de signature de la Demande d'Adhésion.

Conformément à l'article L.113-2-1 du Code des assurances, aucune information relative à l'état de santé ni aucun examen médical du candidat à l'assurance ne sera sollicité par l'Assureur, sous réserve du respect des deux conditions cumulatives suivantes :

1. La part assurée sur l'encours cumulé des contrats de prêt n'excède pas 200 000 EUR (deux cent mille euros) par Assuré,
2. L'échéance de remboursement du prêt est antérieure au 60^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Dès lors :

1.1. Pour les adhésions répondant aux conditions de l'article L.113-2-1 du Code des assurances

Le candidat à l'assurance n'a pas à satisfaire aux exigences de sélection médicale.

Dans ce cas :

1. Le candidat à l'assurance devra compléter et signer :
 - la Demande d'Adhésion,
 - les éventuels questionnaires permettant l'évaluation de ses risques sportifs, professionnels ou de séjour.
2. L'Assureur accorde l'assurance aux conditions normales ou envoie une proposition d'assurance énonçant ses conditions d'acceptation définitives ; le candidat à l'assurance doit la renvoyer signée à l'Assureur.

Le lien contractuel entre l'Adhérent et l'Assureur est consécutif à l'acceptation de l'adhésion par l'Assureur, il est formalisé par :

- la Demande d'Adhésion signée par l'Adhérent,
- le Certificat Individuel d'Adhésion qui reprend les conditions d'acceptation de l'Assureur et les choix exprimés par l'Adhérent sur sa Demande d'Adhésion,
- la présente Notice d'Information.

1.2. Pour les adhésions ne répondant pas aux conditions de l'article L.113-2-1 du Code des assurances

Le candidat à l'assurance doit satisfaire aux exigences de sélection médicale et se soumettre, au moment de sa Demande d'Adhésion, aux formalités demandées par l'Assureur selon la grille de formalités en vigueur.

En fonction de ses risques sportifs, professionnels et de séjour, il peut éventuellement se soumettre à des questionnaires complémentaires.

Après examen de ces formalités d'adhésion contractuelles (y compris éventuelles demandes de levée d'exclusions), l'Assureur peut :

- accepter l'adhésion aux conditions normales du présent contrat,

- accepter l'adhésion à des conditions spéciales moyennant une cotisation majorée pour risques spéciaux ou médicaux et/ou une restriction de garantie,

- refuser ou ajourner l'adhésion.

En cas d'acceptation de l'adhésion avec une limitation du bénéfice de l'adhésion à certaines garanties et/ou une restriction de certaines garanties et/ou une cotisation majorée, l'Assureur envoie une proposition d'assurance énonçant ses conditions d'acceptation définitives. Le candidat à l'assurance doit la renvoyer signée à l'Assureur.

Dispositif spécifique AERAS :

Dans le cadre de la convention AERAS (S'assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), les adhésions refusées par l'Assureur seront soumises à un dispositif dit de "2^{ème} niveau" permettant le réexamen individualisé de l'adhésion. Dans le cas où ce dispositif refuserait cette demande, l'adhésion sera transmise pour nouvel examen à un dispositif dit de "3^{ème} niveau" par le pool de risques très aggravés. Ce pool ne traite que les demandes relatives, d'une part, aux prêts immobiliers liés à l'acquisition d'une résidence principale dont la part assurée n'excède pas le plafond défini au sein de la Convention AERAS (hors prêts relais) et, d'autre part, aux autres prêts immobiliers et aux prêts professionnels dont l'encours cumulé assuré auprès d'ORADEA VIE ne dépasse pas ce même plafond. Dans ces deux cas, l'âge de l'Adhérent n'excède pas 70 ans en fin de prêt. Ce pool pourra soit proposer une adhésion à des conditions spéciales à l'Adhérent, soit refuser l'adhésion.

Le lien contractuel entre l'Adhérent et l'Assureur est consécutif à l'acceptation de l'adhésion par l'Assureur, il est formalisé par :

- la Demande d'Adhésion signée par l'Adhérent,
- le Questionnaire de Santé rempli et signé par l'Assuré au moment de l'adhésion et à partir duquel la demande d'assurance est étudiée par l'Assureur.
- le Certificat Individuel d'Adhésion qui reprend les conditions d'acceptation de l'Assureur et les choix exprimés par l'Adhérent sur sa Demande d'Adhésion,
- la présente Notice d'Information.

1.3. Dispositions communes aux articles 1.1 et 1.2 ci-avant

Le candidat à l'assurance acquiert la qualité d'Assuré à la date d'effet de l'adhésion indiquée sur le Certificat Individuel d'Adhésion.

Les déclarations faites par l'Assuré au Souscripteur ou à l'Assureur ainsi que les déclarations faites par le Souscripteur à l'Assureur servent de base à la couverture.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'Assuré par l'Assureur est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'Assuré ou du Souscripteur tant lors de la souscription qu'au cours du contrat, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque, conformément aux dispositions de l'article L. 113-8 du Code des assurances.

Les cotisations payées demeurent alors acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

En revanche, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de son Adhésion, conformément aux dispositions de l'article L. 113-9 du Code des assurances.

Si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Les informations fournies à l'Adhérent sont valables pendant la durée de commercialisation du contrat puis pendant toute sa durée effective, sous réserve de toute évolution législative et réglementaire.

Le lieu de conclusion du contrat est réputé être le lieu du siège social de l'Assureur.

Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Adhérent/l'Assuré. Ainsi, les frais d'envoi postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination du Conseiller clientèle et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Adhérent, et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

2. BÉNÉFICIAIRE DES GARANTIES

Dans le cas général, le Bénéficiaire acceptant des prestations est l'organisme prêteur à concurrence des sommes dues par l'Adhérent.

Si l'Adhérent est l'Assuré :

■ En cas de Décès, le capital assuré, limité à la Quotité assurée, est versé à l'organisme prêteur dans la limite des sommes dues par l'Assuré. Le cas échéant, le solde résiduel est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) à la Demande d'Adhésion.

■ En cas de *PTIA*, le capital assuré, limité à la Quotité assurée, est versé à l'organisme prêteur dans la limite des sommes dues par l'Assuré.

Le cas échéant, le solde résiduel est versé à l'Assuré.

■ En cas d'*IPT*, d'*IPP*, d'*ITT* ou d'*ITP*, les prestations, limitées à la Quotité assurée, sont versées à l'organisme prêteur dans la limite des sommes dues par l'Assuré.

Le cas échéant, le solde résiduel est versé à l'Assuré.

Si le prêt n'a pas été décaissé avant la survenance du Décès ou de la *PTIA* et s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération, pour laquelle le prêt est consenti, demeure, le capital assuré est payable au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) à la Demande d'Adhésion.

Si l'Adhérent est une personne morale :

■ En cas de Décès ou de *PTIA* de l'Assuré, le capital assuré, limité à la quotité, est versé à l'organisme prêteur dans la limite des sommes dues par l'Adhérent.

Le cas échéant, le solde résiduel est versé à l'Adhérent.

■ En cas d'*IPT*, d'*IPP*, d'*ITT* ou d'*ITP* de l'Assuré, les prestations, limitées à la Quotité assurée, sont versées à l'organisme prêteur dans la limite des sommes dues par l'Adhérent.

Le cas échéant, le solde résiduel est versé à l'Adhérent.

Si le prêt n'a pas été décaissé avant la survenance du Décès ou de la *PTIA* et s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération, pour laquelle le prêt est consenti, demeure, le capital assuré est versé à l'Adhérent.

3. DATE D'EFFET, DURÉE, RENONCIATION, CESSATION ET RÉSILIATION

3.1. Date d'effet des garanties

Sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation par l'Assureur, les garanties prennent effet à la plus tardive des deux dates suivantes :

- la date d'acceptation de l'offre de prêt par l'organisme prêteur ou,
- la date d'acceptation de l'adhésion par l'Assureur.

L'acceptation de l'Assureur est valable pendant six (6) mois. Si à l'expiration de ce délai, l'offre de prêt n'est toujours pas acceptée par l'emprunteur, le candidat à l'assurance devra alors présenter une nouvelle Demande d'Adhésion.

Quelle que soit la formule d'adhésion choisie, le candidat à l'assurance est couvert en cas de décès consécutif à un Accident et ce, entre la date de signature de la Demande d'Adhésion et la date de prise d'effet des garanties dans la limite de 60 jours, pour un montant égal au capital assuré dans la limite de 300 000 EUR (trois cent mille euros) et sous réserve des exclusions énoncées à l'Article 7.

L'Assureur adresse à l'Assuré un Certificat Individuel d'Adhésion indiquant la date de prise d'effet des garanties relatives à la formule de garanties choisie.

En cas de sélection médicale telle que mentionnée à l'article 1.2 de la présente Notice d'Information, toute modification de l'état de santé de l'Assuré qui surviendrait entre la date d'acceptation de l'Assureur et celle de la prise d'effet des garanties, doit être signalée par courrier envoyé sous pli confidentiel au Médecin Conseil de l'Assureur à l'adresse suivante : ORADEA VIE- A l'attention du Médecin-Conseil - 38 rue La Condamine - 75017 PARIS.

3.2. Durée de l'adhésion

L'adhésion est conclue pour toute la durée du prêt garanti communiquée par l'Adhérent lors de l'adhésion, sous réserve des cas de renonciation, cessation et résiliation prévus aux articles 3.3, 3.4 et 3.5 de la présente Notice d'Information.

3.3. Renonciation en cas de vente à distance

En cas de contrat conclu à distance, l'Adhérent dispose d'un délai de renonciation de trente (30) jours qui commence à courir soit à compter de la conclusion du contrat soit à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

A cet effet, il doit adresser une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception, à **ORADEA VIE - 38 rue La Condamine - 75017 PARIS** ou à l'adresse électronique suivante :

recommande.electronique@digital-insure.fr

La lettre ou l'envoi sera rédigé(e) selon le modèle suivant :

"Madame, Monsieur

Je vous informe que je renonce à mon adhésion au contrat d'assurance n°90.247 D, et vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la présente".

Date et signature.

La date d'envoi de la lettre ou de l'envoi de renonciation met fin à l'adhésion au contrat.

3.4. Cessation des garanties

Dans tous les cas, les garanties prennent fin :

- à la date d'expiration des engagements de l'Assuré, tels que définis dans le contrat de prêt et ses avenants éventuels,
- à la date à laquelle le prêt a fait l'objet d'un remboursement anticipé total quelle qu'en soit la cause,
- à la date de résiliation du contrat de prêt par déchéance du terme entraînant l'exigibilité du prêt,
- en cas d'exigibilité du prêt avant le terme prévu par suite du non paiement d'une ou de plusieurs échéances,
- à la date de mise en place d'un plan conventionnel ou de mesures recommandées dans le cadre d'une procédure de traitement du surendettement des particuliers et ne prévoyant pas le maintien du paiement de la cotisation,
- en cas de non-paiement des cotisations, à la date d'exigibilité des cotisations impayées dans les conditions visées à l'Article 10,

En outre, les garanties prennent fin :

- au jour du règlement par l'Assureur du capital assuré en cas de Décès ou de PTIA,
- pour la garantie Décès, au 31/12 qui suit le 80^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- pour la garantie PTIA, au 31/12 qui suit le 67^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- pour les garanties IPT, IPP, ITT ou ITP, au plus tôt au 31/12 qui suit la mise à la retraite ou préretraite de l'Assuré, quelle qu'en soit la cause, (y compris les mises à la retraite pour invalidité des Assurés relevant d'un statut de la fonction publique ou assimilé), et, au plus tard au 31/12 qui suit le 67^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Les cas de cessation des prestations sont mentionnés à l'article 6.7

3.5. Résiliation du contrat

3.5.1. Modalités de résiliation

Conformément à l'article L.113-2-2 du Code des assurances, l'Adhérent peut résilier le contrat à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt définie à l'article L. 313-24 du Code de la consommation. Pour ce faire, l'Adhérent doit notifier à l'Assureur ou à son représentant sa demande de résiliation dans les conditions prévues à l'article L. 113-14 du Code des assurances :

- soit par lettre ou tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social ou auprès du représentant de l'Assureur
- soit par acte extra-judiciaire ;
- soit, lorsque l'Assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

A des fins de preuve, il est recommandé de résilier par le biais du recommandé. A ce titre, la résiliation par lettre recommandée électronique se fait via l'adresse électronique suivante : recommande.electronique@digital-insure.fr et la résiliation par lettre recommandée postale à l'adresse suivante : ORADEA VIE - 38 rue La Condamine - 75017 PARIS.

Le destinataire confirmera par écrit la réception de la notification de résiliation.

La résiliation ne sera effective qu'après l'accord du Prêteur.

3.5.2. Effet de la résiliation

L'Adhérent doit notifier à l'Assureur, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, l'acceptation, par le prêteur, de la résiliation, ainsi que la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par le prêteur.

En cas d'acceptation par le prêteur, la résiliation du contrat d'assurance prendra effet :

- soit dix (10) jours après la réception par l'Assureur de la décision du prêteur,

- soit à la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par le prêteur, si celle-ci est postérieure.

3.5.3 Cas particulier :

En cas de dissolution de l'Association APOGÉE ou de résiliation du contrat d'assurance IRIADE Emprunteur n°90.247 D par l'Association APOGÉE ou l'Assureur, les adhésions en cours à cette date continuent d'être gérées par l'Assureur conformément aux dernières dispositions en vigueur.

Aucune nouvelle adhésion ne pourra être acceptée.

4. CHANGEMENTS EN COURS D'ADHÉSION

4.1. Changement de domicile de l'Assuré

L'Adhérent est tenu d'informer l'Assureur, par courrier, dans les trente (30) jours qui suivent tout changement de domicile de l'Assuré.

4.2. Modification de l'assurance en cours de prêt

En cas de modification des prêts garantis, aucune sélection médicale ne sera exigée de l'Assuré, sous réserve du respect des deux conditions cumulatives suivantes :

- la part assurée sur l'encours cumulé des contrats de prêt n'exécède pas 200 000 EUR (deux cent mille euros) par Assuré,
- l'échéance de remboursement du prêt est antérieure au 60^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Lorsque ces deux conditions ne sont pas respectées, et même si elles l'étaient à l'adhésion, la modification de garantie donnera lieu à une sélection médicale selon la grille en vigueur.

Pour les Assurés ayant accompli des formalités médicales lors de l'adhésion conformément à l'article 1.2 de la présente Notice d'Information, en cas de modification des prêts garantis, ils ne devront pas se soumettre à une nouvelle sélection médicale dès lors que le total des capitaux assurés après modification est inférieur à 750 000 EUR (sept cent cinquante mille euros) et que la modification du prêt porte :

- sur une prorogation de la durée de prêt inférieure ou égale à deux (2) ans,
- et/ou sur une augmentation du capital assuré inférieure à 15 % du capital initial assuré.

Ces modifications seront constatées par avenant à l'adhésion.

Dans tous les autres cas, une sélection peut être demandée par l'Assureur.

4.3. Cas particulier des cotisations

Le montant des cotisations d'assurance hors taxes est par principe irrévocable, puisqu'il est garanti pendant toute la durée de l'adhésion.

Toutefois, en cas de changement de profession ou en cas d'arrêt de consommation de tabac, le montant des cotisations hors taxes pourra être revu à la baisse. La formule de garanties et l'option éventuelle choisie par l'Adhérent restent inchangées.

GARANTIES, OPTIONS DU CONTRAT ET MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

5. FORMULES DE GARANTIES ET OPTION AUXQUELLES LE CANDIDAT À L'ASSURANCE PEUT ADHÉRER

Garanties	Formule 1	Formule 2	Formule 3
Décès / PTIA	■	■	■
IPT, ITT et ITP		■	■
IPP			■
Option Zen		■	■

L'adhésion à l'assurance est facultative. Trois formules de garanties et une option sont proposées :

L'option Zen, présentée dans l'Article 6.4, peut exclusivement être choisie en complément des formules 2 et 3.

Le choix de la formule et de l'option est précisé à l'adhésion par l'Adhérent en fonction de ses besoins. Ce choix est définitif pour toute la durée des prêts garantis.

Les demandeurs d'emploi et personnes sans emploi à la date d'adhésion peuvent choisir les formules 1, 2 ou 3, mais ne pourront bénéficier des prestations IPT ou IPP en cas de sinistre que si à la date du sinistre elles ont repris une activité professionnelle ou si elles sont prises en charge par le Pôle Emploi jusqu'au premier jour d'Incapacité/d'Invalidité et si elles perçoivent dans les deux cas une rente d'Invalidité du Régime de la Sécurité sociale ou d'organismes assimilés comme indiqué à l'Article 8.

6. GARANTIES PROPOSÉES

Le montant du capital assuré et des échéances de remboursement du prêt sont calculés sur la base des caractéristiques du prêt garanti fournies par l'Adhérent lors de l'adhésion et figurant au Certificat Individuel d'Adhésion.

Le cumul des prestations d'assurance ne peut excéder les sommes dues au titre des prêts garantis.

6.1. En cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

En cas de Décès ou de PTIA, l'Assureur prend en charge le paiement du capital restant dû en principal, au jour du décès ou de la reconnaissance de la PTIA par l'Assureur et ce, dans la limite de la Quotité assurée.

Le paiement du capital assuré en cas de Décès ou de PTIA met fin à l'ensemble des garanties de la formule de garanties et de l'option choisie par l'Adhérent à l'adhésion.

6.2. En cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) ou Partielle (ITP) de travail

■ En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT),

Si l'Assuré exerce une activité professionnelle ou est demandeur d'emploi la veille du sinistre, l'Assureur prend en charge le paiement de 100 % des échéances venant au terme de la **franchise choisie** et ce, pendant la durée justifiée de l'incapacité limitée à 1 095 jours.

Si l'Assuré n'exerce pas d'activité professionnelle la veille du sinistre, l'Assureur prend en charge le paiement de 100 % des échéances venant au terme d'une franchise de 90 jours et pendant une durée limitée à 1 095 jours.

- En cas d'Incapacité Temporaire Partielle de travail (ITP) déterminée par le médecin conseil ou d'une activité professionnelle à temps partiel thérapeutique, l'Assureur prend en charge le paiement de 50 % des échéances venant au terme de la franchise choisie et ce sur une durée maximale de 180 jours.

Le candidat à l'assurance peut choisir la durée de la franchise lors de l'adhésion : 30, 60, 90, 120 et 180 jours.

Si l'Assuré n'exerce pas d'activité professionnelle la veille du sinistre, la franchise appliquée minimum est de 90 jours.

Les trimestrialités, semestrialités et annuités de remboursement des prêts sont réputées se décomposer en mensualités égales et échelonnées.

■ Dans tous les cas, les prestations de l'Assureur sont :

- calculées au prorata de la durée d'incapacité,
- dans la limite de la Quotité assurée.

■ Cas particulier des rechutes :

La survenance d'une incapacité (ITT ou ITP) moins de 6 mois après la fin d'une première période de prise en charge par l'Assureur et ayant pour origine la même Maladie ou le même Accident, ne donne pas lieu à une nouvelle application de la franchise choisie.

La survenance d'une incapacité (ITT ou ITP) moins de 6 mois après la fin d'une première période de prise en charge par l'Assureur et ayant pour origine une autre Maladie ou un autre Accident est considérée comme une nouvelle incapacité (ITT ou ITP) entraînant l'application de la franchise choisie.

La survenance d'une incapacité (ITT ou ITP) plus de 6 mois après la fin d'une première période de prise en charge par l'Assureur est considérée comme une nouvelle incapacité (ITT ou ITP) entraînant l'application de la franchise choisie et ce, quelle que soit l'origine de la Maladie ou de l'Accident.

Cas particulier des prestations en cas d'ITT ou d'ITP :

Quel que soit le type de prêt concerné, l'Assureur ne prend pas en charge les augmentations d'échéances intervenues sur demande de l'Assuré 6 mois avant son arrêt de travail et pendant l'arrêt de travail indemnisé.

- Prêt modulable et prêt à taux révisable : toutes les augmentations prévues initialement à la date de l'offre de prêt sont prises en compte par l'Assureur tant que l'invalidité est justifiée.
- Prêt amortissable avec un différé partiel : l'Assureur ne prend en charge que les seules échéances d'intérêts pendant la période de différé.
- Prêt amortissable avec un différé total : aucune prestation n'est due par l'Assureur pendant la période de différé.
- Prêt in fine partiel, in fine total et relais total : aucune prestation n'est due par l'Assureur. **Le remboursement du capital au terme ne fait pas partie de la prestation.**
- Prêt relais partiel : la prise en charge est limitée aux seuls intérêts du prêt. **Le remboursement du capital ne fait pas partie de la prestation.**

Aucune modification du (des) plan(s) de remboursement initial (aux) du fait de l'assuré, survenant pendant la prise en charge de son sinistre et ayant pour effet d'entraîner une majoration du montant des mensualités, ne sera prise en compte.

6.3. En cas d'Invalidité Permanente Totale (IPT) ou Partielle (IPP)

L'état d'Invalidité Permanente Totale (IPT) ou d'Invalidité Permanente Partielle (IPP) de l'Assuré est apprécié selon un taux d'invalidité contractuel résultant du croisement de deux taux d'incapacité professionnelle et fonctionnelle déterminés par l'Assureur et par voie d'expertise médicale conformément au tableau ci-après :

Taux d'incapacité professionnelle ⁽¹⁾	Taux d'incapacité fonctionnelle ⁽²⁾								
	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
10 %				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20 %			31,75	36,94	41,60	41,60	50,40	54,51	58,48
30 %		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40 %	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50 %	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60 %	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70 %	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80 %	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90 %	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100 %	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100 %

(1) Le taux d'incapacité professionnelle est établi selon l'importance et la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée antérieurement à la Maladie ou à l'Accident, des conditions normales d'exercice de cette activité et des possibilités restantes d'exercice de cette profession. (2) Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi en dehors de toute considération professionnelle, selon le barème de droit commun du concours médical, en vigueur au jour de constatation de l'état d'invalidité. Il est basé sur la diminution de la capacité physique ou mentale consécutive à l'Accident ou à la Maladie.

Si le taux d'invalidité contractuel est :

- inférieur à 33 %, aucune prestation n'est due par l'Assureur,
- supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %, l'Assureur prend en charge le paiement d'une fraction des échéances venant au terme, réduits proportionnellement du taux d'invalidité contractuel dans le rapport (N-33)/33 (N étant le taux d'invalidité) avec un minimum de prise en charge à hauteur de 50 % de l'échéance et dans la limite de 100 % et ce pendant la durée totale justifiée de l'IPP,
- supérieur ou égal à 66 %, l'Assureur prend en charge le paiement des échéances venant au terme et ce, pendant la durée totale justifiée de l'IPT.

Dans tous les cas, les prestations de l'Assureur sont réglées dans la limite de la Quotité assurée.

Les trimestrialités, semestrialités et annuités de remboursement des prêts sont réputées se décomposer en mensualités égales et échelonnées.

La prestation cesse d'être due si l'Assuré est reconnu en état de PTIA et pris en charge à ce titre.

Cas particulier des prestations en cas d'IPT ou d'IPP :

Quel que soit le type de prêt concerné, l'Assureur ne prend pas en charge les augmentations d'échéances intervenues sur demande de l'Assuré 6 mois avant son arrêt de travail et pendant l'arrêt de travail indemnisé.

- **Prêt modulable et prêt à taux révisable** : toutes les augmentations prévues initialement à la date de l'offre de prêt sont prises en compte par l'Assureur tant que l'invalidité est justifiée.
- **Prêt amortissable avec un différé partiel** : l'Assureur ne prend en charge que les seules échéances d'intérêts pendant la période de différé.
- **Prêt amortissable avec un différé total** : aucune prestation n'est due par l'Assureur pendant la période de différé.
- **Prêt in fine partiel, in fine total et relais total** : aucune prestation n'est due par l'Assureur. Le remboursement du capital au terme ne fait pas partie de la prestation.
- **Prêt relais partiel** : en cas d'IPT uniquement, l'Assureur prend en charge le capital restant dû à la date de constatation médicale de l'état d'IPT.

Aucune modification du (des) plan(s) de remboursement initial (aux) du fait de l'assuré, survenant pendant la prise en charge de son sinistre et ayant pour effet d'entraîner une majoration du montant des mensualités, ne sera prise en compte.

6.4. Option ZEN

L'Option Zen permet à l'Adhérent de racheter, moyennant une tarification spéciale, les exclusions relatives aux troubles anxieux, de dépression endogène ou réactionnelle, de dépression du postpartum, de stress (aigu, chronique ou post-traumatique),

de burn out, de schizophrénie, de bipolarité ou de troubles de l'humeur, de troubles de l'alimentation, de troubles addictifs, de complications psychiatriques de maladies somatiques, de troubles de la personnalité ou du comportement, de maladies psychiatriques ou neuropsychiatriques, de maladie psychiques ou neuropsychiques, de la fibromyalgie ainsi que de leur traitement et complications éventuelles, dont la prise en charge est en principe exclue du contrat en application de l'Article 7.4.

Cette option peut être exclusivement choisie avec une franchise de 90 jours.

En cas d'IPT, d'IPP, d'ITP et d'ITT résultants de troubles anxieux, de dépression endogène ou réactionnelle, de dépression du postpartum, de stress (aigu, chronique ou post-traumatique), de burn out, de schizophrénie, de bipolarité ou de troubles de l'humeur, de troubles de l'alimentation, de troubles addictifs, de complications psychiatriques de maladies somatiques, de troubles de la personnalité ou du comportement, de maladies psychiatriques ou neuropsychiatriques, de maladie psychiques ou neuropsychiques, de la fibromyalgie ainsi que de leur traitement et complications éventuelles, décrits à l'Article 7.4, l'Assureur prend en charge le paiement des échéances dans les mêmes conditions que celles prévues au titre de ces garanties dans les Articles 6.2 et 6.3, dans la limite de la Quotité assurée.

6.5. Activités sportives amateurs

Sous réserve des exclusions prévues à l'article 7.2, la pratique régulière et/ou la compétition à titre amateur d'une ou de plusieurs activités sportives est couverte au titre des garanties décès, PTIA, IPT, d'IPP, d'ITP et d'ITT.

6.6. Montant maximal et cumul des garanties

Le montant maximal assurable par Assuré tous prêts garantis confondus est fixé à 10 000 000 EUR (dix millions d'euros).

Le montant maximal des mensualités prises en charge par l'Assureur est égal à 5 000 EUR (cinq mille euros) par Assuré tous prêts garantis confondus.

Si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt (emprunteur, co-emprunteur, caution), l'Assureur limite ses garanties au montant des prestations qui seraient dues pour une seule personne assurée avec une Quotité de 100 %.

6.7. Cessation des prestations

En complément de cessation des garanties mentionnées à l'article 3.4, les prestations IPT, IPP, ITT ou ITP cessent :

- si l'état de santé de l'assuré ne remplit plus les conditions d'incapacité ou d'invalidité prévues dans le cadre du présent contrat,
- à l'échéance de remboursement du prêt qui suit la mise à la retraite ou préretraite de l'Assuré, quelle qu'en soit la cause, y compris les mises à la retraite pour invalidité des Assurés

relevant d'un statut de la fonction publique ou assimilé sans entraîner de modification du montant des cotisations,

- au 31/12 qui suit le 67^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- en cas du non-renouvellement des pièces justificatives lors d'une prolongation d'arrêt de travail,
- en cas de changement d'adresse non notifié à l'Assureur rendant impossible l'exercice du contrôle médical,
- en cas de refus de se soumettre au contrôle,
- en cas d'interruption du versement des prestations en espèces par la Sécurité sociale ou organismes assimilés, y compris à la suite d'une perte d'emploi,
- en cas de Décès ou reconnaissance de la *PTIA* donnant droit au versement d'un capital.

Hors temps partiel thérapeutique pour l'*ITP*, les prestations *IPT*, *ITT*, et *ITP* cessent en cas de reprise d'une activité professionnelle, même à temps partiel.

6.8. Exonération des cotisations en cas de mise en jeu des garanties *IPT*, *IPP*, *ITT* ou *ITP*

Lorsque l'Assuré est reconnu en état d'*IPT*, d'*IPP*, d'*ITT* ou d'*ITP*, l'Assureur prend en charge le montant des cotisations d'assurance à échoir au titre de l'adhésion dans les mêmes conditions de durée de prise en charge et de franchise que celles précisées aux Articles 6.2 et 6.3.

6.9. Invalidité Spécifique (GIS)

Définition de la Garantie Invalidité Spécifique (GIS) :

Cette Garantie Invalidité Spécifique est conforme aux dispositions de la convention AERAS révisée.

L'Assuré est en état d'Invalidité Spécifique lorsque les quatre conditions suivantes sont cumulativement remplies.

- L'invalidité doit être consécutive à une Maladie ou à un Accident qui a entraîné l'interruption totale de son activité professionnelle.
- L'état d'invalidité est définitif et consolidé ; la consolidation médico-légale de cet état reconnue par l'Assureur correspond au moment où les lésions résultant d'un accident ou d'une maladie se sont stabilisées et ont pris un caractère permanent tel qu'aucune amélioration n'est plus envisageable, de telle sorte qu'aucun nouveau traitement n'est plus nécessaire, hormis un traitement d'entretien afin d'éviter une aggravation et qu'il devient alors possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente fonctionnelle et de chiffrer son taux.
- Le taux d'incapacité fonctionnelle est supérieur ou égal à 70 %. Ce taux d'incapacité sera évalué par référence au barème indicatif d'invalidité du Code des Pensions Civiles et Militaires de Retraite publié au Journal Officiel par décret N°2001-99 du 31 janvier 2001.

La détermination du taux d'incapacité fonctionnelle s'effectuera en priorité sur analyse du dossier médical comprenant toutes les pièces demandées au paragraphe ci-dessous. L'Assureur se réserve le droit de diligenter un contrôle médical pour apprécier ce taux et juger de la mise en jeu de la Garantie Invalidité Spécifique.

- L'Assuré justifie d'une incapacité professionnelle, attestée par le bénéfice des attestations de versement de son régime de protection sociale.

Conditions d'attribution :

Après examen des formalités d'adhésion et si la garantie invalidité est refusée pour raisons médicales, l'Assureur étudie systématiquement la possibilité d'accorder l'assurance avec la Garantie Invalidité Spécifique (GIS) en lieu et place de cette garantie.

L'Assureur envoie une proposition d'assurance énonçant ses conditions d'acceptations définitives que le Candidat à l'assurance doit renvoyer à l'Assureur signée.

Pièces à fournir :

Il revient à l'Assuré de fournir à l'Assureur, dans les 180 jours qui suivent la survenance de l'invalidité et ou de l'incapacité, toute

information de nature à permettre de constater et vérifier un droit à prestations et notamment les éléments suivants :

- une déclaration de l'Assuré établie sur modèle de l'Assureur ;
- un certificat médical établi sur modèle de l'Assureur et dûment rempli par le Médecin traitant de l'Assuré, ou un certificat établi par un médecin dès lors qu'il contient toutes les informations nécessaires à l'étude et au traitement du dossier ;
- *pour les salariés* : une copie de la notification par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie selon la définition de l'article L 341-4 du code de la Sécurité sociale ;
- *pour les fonctionnaires et assimilés* :
 - une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme le cas échéant ;
 - une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension le cas échéant ;
- *pour les non salariés* : une copie d'un titre de pension pour invalidité le cas échéant.

En tout état de cause, les pièces justificatives émanant de la Sécurité sociale, d'organismes similaires ou de la CDAPH n'engagent pas l'Assureur et ne sauraient justifier à elles seules la mise en jeu de la Garantie Invalidité Spécifique (GIS).

Prestations :

Dès réception des pièces à fournir, un médecin expert désigné par l'Assureur apprécie l'état d'Invalidité Spécifique de l'Assuré.

En cas de reconnaissance de l'Invalidité Spécifique, l'Assureur procède au versement des prestations.

La prestation au titre de la Garantie Invalidité Spécifique, ses modalités de calcul et de versement, ses conditions de cessation ainsi que ses conditions d'exclusion sont identiques à celles définies pour la garantie Invalidité Permanente Totale (*IPT*), à l'exception :

- des exclusions de pathologies, non exclues au titre de cette garantie,
- de la date de début de prise en charge qui correspond à la date de reconnaissance par l'Assureur de l'état d'Invalidité Spécifique.

7. RISQUES QUE L'ADHÉSION NE COUVRE PAS

Les conditions de prise en charge s'appliquent à toute Maladie ou Accident survenus après la date de prise d'effet des garanties.

7.1. Ne sont pas pris en charge au titre de l'ensemble des garanties, les Maladies ou Accidents ainsi que leurs suites et conséquences :

- exclus lors de l'adhésion ;
- résultant d'un acte intentionnel de l'Assuré, ou accompli avec sa complicité, dans le but d'attenter à son intégrité physique ou de porter atteinte aux biens ou aux personnes ;
- occasionnés par les accidents de la route survenant alors que l'Assuré conduisait et avait une alcoolémie égale ou supérieure au taux fixé par le code de la route en vigueur au jour du sinistre, ou était sous l'emprise de drogues, stupéfiants ou de produits médicamenteux à doses non prescrites médicalement ;
- occasionnés par les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur et d'irradiations, provenant de la transmutation des noyaux d'atomes ;
Toutefois, ces effets sont pris en charge s'ils se produisent à l'occasion d'un traitement médical auquel l'assuré est soumis ;
- survenus à l'occasion de navigation aérienne ;
Toutefois, les garanties sont acquises si l'Assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote titulaire d'un brevet et d'une licence non périmés (ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même) ou si l'Assuré emprunte une ligne commerciale régulière ou charter ;

- Les défis, les paris ainsi que les tentatives d'exploits ou de records défis ;
- résultant de sports pratiqués à titre professionnel ;

7.2. En complément, sont exclus les Maladies ou Accidents ainsi que leurs suites et conséquences résultant de la pratique des activités sportives suivantes :

- dans la catégorie des sports aériens, la pratique d'Ultra Léger Motorisé (ULM), du parapente, du kite-surf, du vol à voile, du deltaplane, du parachutisme, du base jump, du wingsuit, du paramoteur, ou de toute activité nécessitant l'utilisation en tant que pilote ou passager, d'engins aériens autres que les avions de lignes régulières habilitée pour le transport public de passagers ;
- dans la catégorie des sports de vitesse avec engins moteur, "auto-moto", la participation à des courses, des raids, des rallyes, des épreuves d'endurance ou de vitesse, des compétitions, des démonstrations ou essais préparatoires, nécessitant l'utilisation d'engins à moteur, terrestres, aériens ou maritimes ;
- dans la catégorie des sports de combats, la pratique de l'aïkido, du hapkido, du jiu-jitsu, du judo, du karaté, du kick boxing, du kenpo, du full contact, du free fight, du kung-fu, du krav-maga, du taekwondo, du viet-vo-dao, de la savate, de la canne de combat et de défense, de la lutte, de la boxe et du catch ;

Toutefois, ces sports sont garantis lorsqu'ils sont pratiqués au sein d'un club et sous la supervision d'un moniteur ;

- dans la catégorie des sports de montagne, la pratique de la randonnée au-delà de 3 500 mètres d'altitude, l'escalade (hors structure artificielle d'escalade avec sécurité), la descente en rappel, l'alpinisme, la varappe ou le trekking ;
- dans la catégorie des sports nautiques, la pratique de la plongée sous-marine à plus de 10 mètres de profondeur en apnée ou au-delà de 40 mètres de profondeur avec bouteille de mélanges gazeux ;

La pratique de la planche à voile à plus de 1 mile nautique des côtes, du yachting au-delà de 25 miles nautiques au large des côtes, ainsi que du yachting en compétition ;

La pratique de l'hydrospeed, du bare foot, du plongeon de haut vol au-delà de 15 mètres, du plongeon artistique ;

- dans la catégorie des sports de neige et glace, le ski, le surf, le patin à glace, le hockey sur glace, les raquettes, lorsqu'ils sont pratiqués sur neige ou sur glace, ainsi que l'utilisation d'engin (motorisé ou non) circulant sur la neige ou la glace (dont la pratique du skeleton, du bobsleigh, de la motoneige, du snowscoot, de la voile sur glace) ;

Toutefois, la pratique en amateur du patinage ainsi que la pratique en amateur sur pistes ou chemins balisés du ski alpin, du ski de fond, du monoski, du surf sur neige, de la luge ou de raquettes sont garantis ;

- dans la catégorie des sports d'équipe, les activités sportives suivantes : le football américain, le football gaélique et le football australien ;
- dans la catégorie des sports équestres, saut d'obstacle, jumping, cross, concours complet, chasse à courre, horse ball, hunter, joute équestre, polo, voltige ;
- dans la catégorie des sports divers, l'haltérophilie en compétition, la spéléologie, le sky surfing, le streetluge, le rooftopping, et le saut à l'élastique.

Les sports ci-dessus sont couverts, s'ils sont pratiqués sous la responsabilité d'un professionnel : à titre occasionnel, dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation. Toutefois, l'exclusion de la pratique à titre amateur d'une ou de plusieurs de ces activités sportives peut être levée en cas de demande expresse de l'Adhérent, sous réserve d'une proposition tarifaire de l'Assureur acceptée par l'Adhérent à l'adhésion.

7.3. N'est pas garanti au titre de la garantie Décès :

- le suicide lorsque l'Assuré se donne volontairement la mort au cours de la première année de son adhésion.

Toutefois, le risque de suicide est garanti dès l'adhésion lorsque le contrat d'assurance garantit le remboursement d'un prêt immobilier destiné à financer l'acquisition du logement principal de l'Assuré, dans la limite de 120.000 EUR (article R 132-5 du Code des assurances).

7.4. Ne sont pas garantis au titre des garanties PTIA, IPT, IPP, ITT et ITP :

7.4.1 Pour les Assurés ayant satisfait à la sélection médicale selon l'article 1.2 ci-avant :

- les Maladies ou Accidents ainsi que leurs suites et conséquences dont la première constatation médicale est antérieure à la date de prise d'effet des garanties, si elles n'ont pas été déclarées par l'Assuré lors de sa demande d'adhésion ;

Toutefois, ne sont pas concernées les pathologies bénéficiant du droit à l'oubli.

7.4.2 Pour tous les Assurés

- les arrêts de travail, incapacités de travail et invalidités en cours, à la date de signature de la demande d'adhésion ;
- les Maladies ou Accidents ainsi que leurs suites et conséquences résultant de :

- troubles anxieux, de dépression endogène ou réactionnelle, de dépression du post-partum, de stress (aigu, chronique ou post-traumatique), de burn out, de schizophrénie, de bipolarité ou de troubles de l'humeur, de troubles de l'alimentation, de troubles addictifs, de complications psychiatriques de maladies somatiques, de troubles de la personnalité ou du comportement, de maladies psychiatriques ou neuropsychiatriques, de maladie psychiques ou neuropsychiques, ainsi que de leur traitement et complications éventuelles ;
- la spasmophilie, de l'asthénie, de la fibromyalgie, du syndrome polyalgique idiopathique diffus (SPID), du syndrome de fatigue chronique, de l'épuisement ;

Toutefois, les garanties sont acquises lorsque l'une de ces affections nécessite une hospitalisation en milieu psychiatrique pour une durée minimale de 5 ou 9 jours continus précisée dans le Certificat Individuel d'Adhésion pendant la période d'Incapacité Temporaire Totale ou Partielle ou d'Invalidité Permanente Totale ou si l'Assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle. Par exception, pour la fibromyalgie, il n'est pas nécessaire que l'hospitalisation se fasse en milieu psychiatrique.

En cas d'adhésion à l'option ZEN définie aux Articles 5 et 6.4, les garanties IPT, IPP, ITT et ITP, sont prises en charge sans condition d'hospitalisation ;

- les Maladies ou Accidents ainsi que leurs suites et conséquences résultant d'affections disco-vertébrales ou para-vertébrales concernant le rachis cervical, dorsal, lombaire ou sacré, des lombagos, des lombalgies, des sciatiques, des cruralgies, des radicualgies, des cervicalgies, des dorsalgies, des névralgies cervico-brachiales (NCB), des hernies discales, des protrusions discales, des coccygodynies ;

Toutefois, les garanties sont acquises lorsque l'une de ces affections nécessite une hospitalisation pour une durée minimale de 5 ou 9 jours continus précisée dans le Certificat individuel d'Adhésion ou une intervention chirurgicale pendant la période d'incapacité. En cas d'adhésion à l'option ZEN définies aux Articles 5 et 6.4, les garanties sont prises en charge sans condition d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale ;

- les Maladies ou Accidents ainsi que leurs suites et conséquences résultant de tentative de suicide ;

■ les Maladies ou Accidents ainsi que leurs suites et conséquences résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants, de produits médicamenteux ou de substances analogues à doses non prescrites médicalement ;

■ les Maladies ou Accidents ainsi que leurs suites et conséquences résultant de traitements esthétiques et / ou d'interventions chirurgicales esthétiques autre que la chirurgie réparatrice consécutive à une maladie ou un accident garanti au titre de la présente assurance ;

Le congé légal de maternité, de paternité et d'accueil en cas d'hospitalisation immédiate de l'enfant après sa naissance, tels que prévus par le Code du travail ne sont pas considérés comme des périodes d'incapacité et ne peuvent donc pas être pris en charge au titre de la garantie *ITT*. Cette disposition s'applique par assimilation aux personnes non salariées, exerçant une profession libérale.

8. DÉLAI DE DÉCLARATION ET PIÈCES À FOURNIR EN CAS DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

8.1. Délai de déclaration de sinistre

Le sinistre doit être déclaré à l'Assureur dans un délai maximum de 180 jours à compter de la date de survenance. Le début de ce délai est fixé au jour de la survenance de l'accident ou, en cas de maladie, au jour de la première constatation par le médecin traitant de l'Assuré.

En cas de déclaration tardive, l'Assureur prend en charge le sinistre à compter de la date de déclaration sans faire application de la franchise pour les garanties incapacité de travail (*ITT/ITP*) dans la mesure où les délais de prescription légaux (articles L114-1 et L114-2 du Code des assurances) n'ont pas été atteints.

Aucun paiement ne sera effectué si la déclaration du sinistre est faite après la date de reprise effective de travail ou postérieurement à la fin du prêt.

8.2. Pièces à fournir

Le Décès est couvert dans le monde entier sous réserve que la preuve du décès soit fournie au moyen d'un certificat de décès émanant de la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné. Cette démarche ne concerne pas les décès survenus en France (France métropolitaine, Corse), Nouvelle-Calédonie, DROM-COM-Polynésie Française et Monaco.

Au titre des garanties *PTIA*, *IPT*, *IPP*, *ITT* et *ITP*, c'est la date de première constatation médicale en France qui sert comme point de départ à l'éventuelle mise en jeu de l'une de ces garanties. Toutefois, les sinistres ayant donné lieu à une hospitalisation à l'étranger dans un établissement de soins public ou privé placé sous contrôle médical pourront aussi être couverts. Il conviendra alors à l'Assuré d'apporter la preuve de son hospitalisation au moyen de documents établis par l'autorité médicale, visés par le médecin attaché à la représentation consulaire française du lieu. À défaut de preuve, la garantie en cas d'*ITT* ou d'*ITP* sera suspendue jusqu'au retour en France.

En cas de demande de prise en charge :

Dans tous les cas	<ul style="list-style-type: none"> ■ le formulaire de déclaration de sinistre rempli par l'Assuré ou l'ayant droit, ■ le certificat médical établi sur le modèle de l'Assureur, dûment rempli et signé par le médecin traitant de l'Assuré ou un certificat établi par le médecin traitant de l'Assuré dès lors qu'il contient toutes les informations nécessaires à l'étude et au traitement du dossier, ■ ou toute autre pièce utile à l'Assureur. ■ en cas d'Accident, <ul style="list-style-type: none"> - le procès verbal de gendarmerie ou, à défaut, le rapport de police et/ou les coupures de presse ; - un courrier précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'Accident.
Décès	<ul style="list-style-type: none"> ■ l'original de l'acte de décès de l'Assuré ou à défaut, une copie certifiée conforme.
<i>PTIA</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ la notification d'une pension d'invalidité 3^{ème} catégorie délivrée par la Sécurité sociale ou organismes assimilés mentionnant la nécessité de l'assistance d'une tierce personne.
<i>IPT</i> ou <i>IPP</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ la notification de mise en invalidité délivrée par la Sécurité sociale ou organismes assimilés, ■ la copie des justificatifs de paiement de la rente invalidité par la Sécurité sociale ou organismes assimilés.
<i>ITT</i> ou <i>ITP</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ la copie des décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale ou organismes assimilés, ■ les avis et prolongations d'arrêt de travail établis par le médecin traitant.

En cours de prise en charge :

<i>IPT</i> ou <i>IPP</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ la copie des justificatifs de paiement de la rente invalidité par la Sécurité sociale ou organismes assimilés.
<i>ITT</i> ou <i>ITP</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ les certificats de prolongation d'arrêt de travail établis par le médecin traitant, ■ la copie des décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale ou organismes assimilés dès expiration des précédents, ■ les attestations d'employeur(s) pour les salariés fonctionnaires et assimilés.

Toutes les pièces justificatives demandées par l'Assureur à l'Assuré ou à l'ayant droit sont à adresser sous pli confidentiel à l'adresse suivante :

ORADEA VIE
à l'attention du Médecin Conseil
38 rue La Condamine - 75017 PARIS

Tout dossier incomplet ne pourra être examiné par l'Assureur.

Sous réserve de l'acceptation du sinistre, l'Assureur s'engage à régler les prestations dans un délai de 2 mois à compter de la réception de l'ensemble des pièces justificatives.

Remarques : Il est précisé que les pièces émanant de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ou de tout autre organisme professionnel, ne permettent pas de justifier d'un état de *PTIA*, d'*IPT* ou d'*IPP*.

Si l'Assuré est assujéti à la M.S.A. (Mutualité Sociale Agricole), il doit en outre être reconnu par cet organisme dans la catégorie des invalides à 100 % pour être reconnu en état de *PTIA* par l'Assureur.

9. CONTRÔLE MÉDICAL ET EXPERTISE

Dans tous les cas, l'Assureur se réserve le droit :

- de demander tout complément d'information nécessaire à l'instruction du dossier du sinistre,
- de contrôler les déclarations qui lui sont faites,
- de ne pas suivre la position de la Sécurité sociale et organismes assimilés,
- de faire contrôler, à ses frais, l'état de santé de l'Assuré par un médecin habilité qu'il désignera.

Dès lors, la prise en charge des échéances sera suspendue jusqu'à obtention du rapport de contrôle médical.

Si le contrôle n'a pu être effectué du fait intentionnel de l'Assuré, cette période de suspension ne pourra faire l'objet d'aucune indemnisation quelles que soient les conclusions du contrôle médical.

En cas de contestation d'ordre médical entre l'Assureur et l'Assuré en cas de sinistre, les parties pourront convenir de s'en remettre à un médecin tiers-expert, qui faute d'entente sur le choix, pourra être désigné par le Président du Tribunal judiciaire du domicile de l'Assuré. Chaque partie réglera les honoraires de son médecin. Ceux du 3^{ème} médecin expert, ainsi que tous les frais relatifs à sa nomination seront supportés par chacune des parties par parts égales.

COTISATION D'ASSURANCE

10. COÛT DE L'ASSURANCE

Les cotisations d'assurance sont calculées en fonction :

- de l'âge atteint de l'Assuré,
- de la formule de garanties et option éventuelle choisies par l'Assuré,
- de la qualité de fumeur ou non fumeur de l'Assuré,
- de la profession de l'Assuré,
- du montant du capital restant dû,
- de la Quotité assurée,
- du barème tarifaire en vigueur,
- et éventuellement de la majoration tarifaire due aux résultats des formalités d'adhésion, lorsqu'elles sont demandées à l'Assuré.

Le montant du capital restant dû, assiette de la cotisation d'assurance, est déterminé par l'Assureur en fonction des caractéristiques du prêt garanti fournies par l'Adhérent lors de l'adhésion, ou celui du dernier échéancier émis en cas d'évolution du prêt notamment les prêts à taux variable.

Les cotisations d'assurance sont payables d'avance mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement selon la périodicité choisie par l'Adhérent lors de l'adhésion et ce, sous réserve que la périodicité choisie par l'Adhérent n'aboutisse pas à un montant de cotisation inférieur à 10 EUR (dix euros) (dans ce cas, l'Assureur se réserve le droit de modifier la périodicité).

Conformément à l'Article L141-3 du Code des assurances, à défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, en accord avec l'Association APOGÉE, il est adressé à l'Adhérent une lettre recommandée, l'invitant à s'acquitter du montant dû.

Cette lettre recommandée indiquera que, si 40 jours après son envoi, la ou les cotisation(s) ou fraction de cotisation due(s) n'est (ne sont) toujours pas payée(s), l'adhésion est résiliée par l'Assureur.

Une copie de cette lettre sera envoyée à l'organisme prêteur.

Les frais d'adhésion à l'Association APOGÉE sont de 7 EUR (sept euros) et sont à la charge de l'Adhérent. Ils sont dus uniquement lors de l'adhésion et prélevés avec la première cotisation. Ils ne sont pas remboursables en cas de renonciation ou de résiliation.

11. MODIFICATION DU COÛT DE L'ASSURANCE

Le barème tarifaire hors taxes est garanti pendant toute la durée de l'adhésion. Toutefois, en cas de changement de profession ou en cas d'arrêt de consommation de tabac, le barème tarifaire hors taxes pourra être revu à la baisse. La formule de garanties et l'option éventuelle choisie par l'adhérent restent inchangées.

En cours de vie du prêt, il incombe à l'Adhérent d'informer l'Assureur de toutes modifications de l'échéancier du prêt initial, et ceci dans un délai de 60 jours suivant la date de prise d'effet du nouvel échéancier.

A réception du nouvel échéancier de prêt en vigueur, l'Assureur émet un avenant au Certificat Individuel d'Adhésion et adresse un nouvel échéancier de cotisation d'assurance à l'Adhérent.

L'assureur peut réviser le coût de l'assurance à la prochaine échéance de remboursement du prêt si les Pouvoirs Publics modifient le montant des taxes incluses dans le barème tarifaire qui détermine le montant des cotisations.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

12. PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L.114-1 et suivants du Code des assurances, toute action concernant le contrat relatif à la présente notice d'information et émanant de l'adhérent ou de l'assureur ne peut être exercée que pendant un délai de 2 ans à compter de l'événement à l'origine de cette action. Cette prescription est portée à 5 ans pour les résidents d'Alsace et de Moselle en matière d'assurance sur la vie.

Toutefois, ce délai ne court, en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là et, en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance.

Quand l'action de l'adhérent 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.

Lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent, le délai est porté à 10 ans.

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

Par ailleurs,

- 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 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 avis de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. Pour ce dernier cas, l'assuré peut également effectuer un envoi recommandé électronique avec avis réception.

- conformément à l'article L.114-3 du Code des assurances : Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.
- conformément à l'article 2240 du Code civil : La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.
- conformément à l'article 2241 du Code civil : La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.
- conformément à l'article 2242 du Code civil : L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.
- conformément à l'article 2243 du Code civil : L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.
- conformément à l'article 2244 du Code civil : Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.
- conformément à l'article 2245 du Code civil : L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait inter-

rompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

- conformément à l'article 2246 du Code civil : L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

13. TERRITORIALITÉ

Les garanties proposées dans le cadre de l'adhésion au contrat s'exercent en cas de déplacement dans le monde entier à titre personnel, professionnel et humanitaire dans les conditions fixées par les Articles 1 et 8.2 de la présente Notice d'Information.

14. LOI APPLICABLE - RÉCLAMATION - TRIBUNAUX COMPÉTENTS

Le contrat et son interprétation sont régis par la loi française et notamment le Code des assurances. L'Assureur, le Souscripteur et l'Adhérent/l'Assuré s'engagent à utiliser la langue française durant leurs relations précontractuelles et contractuelles.

Toute réclamation est à adresser à l'adresse suivante : **ORADEA VIE – 38 rue La Condamine – 75017 PARIS**, ORADEA VIE s'engage à répondre à votre demande sous dix (10) jours ouvrés, sauf cas exceptionnels. Dans le cas contraire, l'Assureur accusera réception dans ces dix (10) jours et une réponse définitive vous sera apportée dans un délai maximal de soixante (60) jours à compter de la réception de votre demande. Si votre désaccord persistait et dans un délai qui ne peut être supérieur à un an à compter de la réception de la demande écrite adressée à l'Assureur, vous pourriez demander l'avis du Médiateur de l'Assurance, dont les coordonnées sont les suivantes :

- **La Médiation de l'Assurance, TSA 50 110 - 75441 PARIS CEDEX 09**
- **ou via le formulaire disponible à l'adresse suivante : <https://formulaire.mediation-assurance.org/Saisine>.**

La « charte du Médiateur de l'assurance » est disponible sur le site <https://www.mediation-assurance.org/>

Par ailleurs, conformément aux dispositions du Code monétaire et financier, l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) exerce une mission de protection de la clientèle des secteurs de la banque et de l'assurance.

Les Assurés peuvent, sans préjudice des actions de justice qu'ils ont la possibilité d'exercer et des réclamations qu'ils peuvent formuler à l'Assureur, s'adresser à l'ACPR dont les coordonnées sont les suivantes :

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
Direction du contrôle des pratiques commerciales
4 PLACE DE BUDAPEST CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09

15. FONDS DE GARANTIE

Il existe un Fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (instauré par la loi n° 99-532 du 25/06/99 - art. L. 423-1 du Code des assurances) ainsi qu'un Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions (Loi n° 90-86 du 23 janvier 1990).

16. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Ce paragraphe a pour objectif de vous informer de la manière dont vos informations personnelles sont collectées et traitées par la société ORADEA VIE entité du Groupe SOGECAP (ci-après dénommée "Nous"), en tant que responsable de traitement.

Le groupe SOGECAP a nommé un délégué à la protection des données personnelles joignable aux coordonnées suivantes : dpo.assurances@socgen.com ou Groupe SOGECAP - Délégué à la Protection des données - 17 Bis Place des Reflets - 92919 PARIS LA DEFENSE CEDEX

Toutes les données sont obligatoires sauf mention particulière figurant dans votre documentation.

Pourquoi collectons-nous vos données personnelles ?

Pour la souscription et l'exécution de votre contrat, les données personnelles que nous collectons sont nécessaires à :

- votre identification, l'identification des assurés et des bénéficiaires,
- l'étude de vos besoins spécifiques afin de proposer des contrats adaptés,
- l'examen, l'acceptation, la tarification, la surveillance des risques dont la lutte contre la fraude,
- la réalisation de toute opération nécessaire à l'exécution et la gestion des contrats et des éventuels sinistres,
- la gestion des impayés et leur recouvrement,
- la gestion des recours, des réclamations et des contentieux,
- la gestion des demandes liées à l'exercice des droits indiqués au paragraphe «quels sont vos droits?»
- la réalisation d'études actuarielles et statistiques.

Selon les caractéristiques de votre demande d'adhésion et avec votre consentement, nous pouvons avoir besoin de collecter vos données de santé. Elles seront traitées pour vérifier que vous remplissez les conditions d'adhésion, calculer le tarif, lutter contre la fraude et, le cas échéant, étudier une demande de mise en jeu des garanties souscrites. Sans votre consentement, nous ne pourrions pas traiter votre demande d'adhésion.

Pour vous apporter les meilleurs services et continuer de les améliorer et dans notre intérêt légitime, nous traitons vos données dans le cadre de :

- la mise en place d'actions de prévention,
- la gestion de notre relation commerciale afin de réaliser des animations commerciales telles que des actions de fidélisation,
- des enquêtes de satisfaction, des sondages.

Dans notre intérêt légitime, nous utilisons également vos données pour vous proposer des offres commerciales pour des produits et services du groupe SOGECAP analogues ou complémentaires à ceux souscrits, personnalisés selon vos besoins. Vous pouvez vous y opposer à tout moment ou modifier vos choix (cf. article "quels sont vos droits ?").

Afin de préserver la mutualité de nos assurés et dans notre intérêt légitime, nous mettons en œuvre un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Cette inscription pourra entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe SOGECAP.

Qui peut accéder à vos données ?

Vos données personnelles sont destinées, dans la limite de leurs attributions, à nos services en charge de la gestion commerciale ou de la gestion et exécution des contrats de chacune de vos garanties, à nos délégataires de gestion, intermédiaires

en assurance, partenaires, mandataires, sous-traitants, ou aux autres entités du groupe SOGECAP dans le cadre de l'exercice de leurs missions. Elles peuvent également être transmises, s'il y a lieu, aux organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, co-assureurs, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garanties, ainsi qu'à toutes personnes intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs, professionnels de santé, aux organismes sociaux lorsqu'ils interviennent dans le règlement des sinistres et prestations.

Des informations vous concernant peuvent également être transmises à toutes personnes intéressées au contrat (souscripteur, assuré, adhérent et bénéficiaire du contrat, et leurs ayants droits et représentants, ainsi qu'à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés notamment les juridictions, arbitres, médiateurs, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne.

Les données de santé que nous pouvons être amenés à traiter, avec votre consentement, sont destinées à notre Médecin conseil, à son service médical travaillant au sein d'une bulle de confidentialité, ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement (notamment nos délégataires ou experts médicaux et, le cas échéant, nos réassureurs).

Ces informations peuvent également être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées.

Dans quels cas transférons-nous vos données hors de l'union Européenne ?

Les données nécessaires à l'exécution de votre contrat peuvent être transférées dans le cadre de l'exécution des contrats, de la gestion des actions ou contentieux liés à l'activité de l'entreprise vers des pays non-membres de l'Espace économique Européen, dont les législations en matière de protection à caractère personnel diffèrent de celles de l'Union Européenne.

Par ailleurs, en raison notamment de la dimension internationale du Groupe Société Générale auquel appartient le responsable de traitement et des mesures prises pour assurer l'utilisation et la sécurité des réseaux informatiques, les traitements visés au paragraphe «pourquoi collectons-nous vos données ?» sont susceptibles d'impliquer des transferts de données à caractère personnel vers des pays non-membres de l'Espace économique Européen.

Dans ces cas, les transferts de vos données bénéficient d'un cadre juridique précis et exigeant, conforme à la réglementation européenne, ainsi que des mesures de sécurité appropriées.

Combien de temps sont conservées vos données personnelles ?

Sauf précision apportée dans votre demande d'adhésion, vos données à caractère personnel sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle, et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

Quels sont vos droits ?

Vous disposez d'un droit :

- d'accès (possibilité de demander si et quelles informations nous détenons sur vous),
- de rectification (possibilité de demander la rectification des informations inexacts vous concernant),
- d'effacement (possibilité de demander la suppression de vos données dès lors que certaines conditions sont remplies),
- de limitation du traitement,
- à la portabilité de vos données.

Vous pouvez également :

- définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès,
- retirer votre consentement si le traitement de vos données repose uniquement sur celui-ci, étant entendu que ce retrait peut entraîner l'impossibilité pour ORADEA VIE de fournir ou d'exécuter le produit ou le service demandé ou souscrit.

Vous bénéficiez du droit de vous opposer :

- pour des raisons tenant à votre situation particulière, à ce que des données à caractère personnel vous concernant fassent l'objet du traitement que nous mettons en oeuvre. Dans cette hypothèse, le caractère particulier de votre situation devra être clairement argumenté.
- sans avoir à motiver votre demande, à ce que vos données soient utilisées à des fins de prospection commerciale.
- à des opérations de prospection par téléphone en vous inscrivant sur la liste d'opposition selon les modalités décrites sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par courrier, à l'adresse suivante : Société WORLDLINE, Service Bloctel, Immeuble River Ouest, 80, quai Voltaire, 95870 Bezons. Vous ne pourrez plus être démarché téléphoniquement par ORADEA VIE sauf en cas de relations contractuelles préexistantes.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité :

Par lettre simple à l'adresse suivante :

ORADEA VIE - Direction de la Conformité -
Service Protection des données
17 Bis place des Reflets - 92919 Paris la Défense Cedex

ou depuis le formulaire en ligne disponible depuis le site <https://www.assurances.societegenerale.com>.

Afin de permettre un traitement efficace de votre demande, nous vous remercions d'indiquer clairement le droit que vous souhaitez exercer ainsi que tout élément facilitant votre identification (numéro d'assuré/d'adhérent, numéro de contrat).

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) :

3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

Pour mieux connaître les traitements mis en oeuvre par le groupe SOGECAP, retrouvez sa politique de protection des données accessible à l'adresse suivante : <https://www.assurances.societegenerale.com>.

Dispositions spécifiques aux enregistrements téléphoniques

ORADEA VIE pourra procéder à l'enregistrement des conversations et de vos échanges avec le ou les collaborateurs assurant la gestion des contrats, des sinistres et des réclamations quel que soit le support (emails, fax, entretiens téléphoniques, etc.) aux fins d'amélioration de la qualité de service.

Les enregistrements téléphoniques sont conservés dans des conditions propres à en assurer la sécurité et la confidentialité.

Si vous souhaitez écouter l'enregistrement d'un entretien, vous pouvez en faire la demande par courrier adressé à ORADEA VIE - Monsieur Le Directeur de la Relation Client- 38 rue La Condamine - 75017 PARIS.

ORADEA VIE - SOCIÉTÉ ANONYME D'ASSURANCE SUR LA VIE ET DE CAPITALISATION AU CAPITAL DE 26 704 256 EUR. ENTREPRISE RÉGIE PAR LE CODE DES ASSURANCES - R.C.S NANTERRE 430 435 669. SIÈGE SOCIAL : TOUR D2 - 17 BIS PLACE DES REFLETS - 92919 PARIS LA DEFENSE CEDEX - SERVICE DE GESTION : ORADÉA VIE - 38 RUE LA CONDAMINE - 75017 PARIS.

APOGÉE - ASSOCIATION POUR L'OPTIMISATION ET LA GESTION DE L'ÉPARGNE-RETRAITE. ASSOCIATION RÉGIE PAR LA LOI DU 1ER JUILLET 1901 ET PAR LE DECRET DU 16 AOUT 1901. TOUR SOCIÉTÉ GÉNÉRALE - 17 COURS VALMY - 92972 PARIS LA DEFENSE CEDEX.

RÉF 112. - JUIN 2022