

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

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 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.

Tous les mots indiqués en *italique* dans le texte sont définis dans notre lexique figurant à la page 14 de votre notice.

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'assurance, 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⁾	Formalités d'adhésion contractuelles
Formule 1 (Décès / PTIA)	Plus de 18 ans et moins de 79 ans	Être résident français ou expatrié	Satisfaire aux Formalités Médicales demandées par l'Assureur
Formule 2 (Décès/PTIA - IPT/ITT/ITP)	Plus de 18 ans et moins de 64 ans	Être résident français ou expatrié	
Formule 3 (Décès/PTIA -IPT/ITT/ITP/IPP) Option ZEN			

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,
- la présente Notice d'Information,
- 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.

L'adhésion est réputée conclue à la date de signature de la Demande d'Adhésion.

Après examen des 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 surprime, l'Assureur envoie une proposition d'assurance énonçant ses conditions d'acceptation définitives que le candidat à l'assurance doit renvoyer à l'Assureur signée.

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 les assurés 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 et l'assiste, 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 primes payées demeurent alors acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes 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 primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

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 la demande à l'assurance, 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 320 000 euros (hors prêts relais), et, d'autre part, aux autres prêts immobiliers et aux prêts professionnels dont l'encours cumulé assuré auprès d'ORADÉA VIE est plafonné à 320 000 euros. 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.

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

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'Adhérent.

- 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'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 payable au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) à la Demande d'Adhésion.

Si l'Adhérent est une entreprise :

- 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 ET CESSATION

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 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, pendant la période d'accomplissement des formalités d'adhésion, 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 euros (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.

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: ORADÉA VIE- A l'attention du Médecin-Conseil - 38 rue La Condamine - 75017 PARIS.

3.2. Durée de l'adhésion

L'adhésion est conclue pour une durée de 1 an et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction, et ce, pendant toute la durée de chaque Prêt garanti communiquée par l'Adhérent lors de l'adhésion.

3.3. 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,
- à la date de départ de l'Assuré de l'entreprise Adhérente.

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 65^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- pour les garanties *IPT*, *IPP*, *ITT* ou *ITP*, 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 ce, au plus tard au 31/12 qui suit le 67^{ème} anniversaire de l'Assuré.

La résiliation peut être demandée dans un délai de douze mois à compter de la signature de l'offre de prêt. L'Assuré notifie alors à l'Assureur ou à son représentant sa demande de résiliation par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique au plus tard quinze jours avant le terme de la période de douze mois susmentionnée.

La résiliation peut, après ce délai de douze mois, être demandée tous les ans, soit en faisant la demande auprès du conseiller de clientèle, soit par lettre recommandée (le cachet de la Poste faisant foi) ou envoi recommandé électronique, au moins 2 mois avant la date d'anniversaire du contrat.

Dans tous les cas, l'Assuré 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.

La demande peut être faite à l'adresse : ORADÉA VIE - 38 rue La Condamine - 75017 PARIS ou oradeavie@socgen.com

Cas particulier :

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

3.4. Renonciation en cas de vente à distance

En cas de contrat conclu à distance, l'Assuré dispose d'un délai de renonciation de quatorze (14) 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 ORADÉA VIE - 38 rue La Condamine - 75017 PARIS ou à l'adresse électronique suivante : clients-oradeavie@socgen.com.

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

"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.

4. CHANGEMENTS EN COURS D'ADHÉSION**4.1. Changement de la situation de l'Assuré**

L'Adhérent est tenu d'informer l'Assureur, par courrier, dans les 30 jours qui suivent tout changement de domicile de l'Assuré ou de consommation de tabac par l'Assuré qui a déclaré être non fumeur lors de l'adhésion. Il en est de même pour tout changement d'activité professionnelle ou modification des conditions d'exercice de celle-ci.

4.2. Modification de l'assurance en cours de Prêt

Un Adhérent peut modifier l'un de ses Prêts garantis sans se soumettre à une nouvelle sélection de l'Assureur uniquement lorsque le total des capitaux assurés est inférieur à 750 000 € (sept cent cinquante mille euros) et pour les modifications suivantes du Prêt :

- prorogation de la durée de Prêt inférieure ou égale à 2 ans sous réserve que les formalités médicales liées à l'âge restent identiques à celles de l'adhésion,
- augmentation du capital assuré inférieur 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. Irrévocabilité des garanties

Le montant des cotisations d'assurance 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 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 ET 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 ou ses éventuels avenants.

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 suite à une reprise d'une activité professionnelle à mi-temps 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.

- **Pour les prêts relais partiels**, la prise en charge est limitée aux seuls intérêts du prêt. Le remboursement du capital ne fait pas partie de la prestation.

■ **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'incapacité est justifiée.
- Prêt avec différé d'amortissement partiel : l'Assureur ne prend en charge que les seules échéances d'intérêts.
- Prêt avec différé d'amortissement total (in fine partiel, in fine total, relais total) : aucune prestation n'est due par l'Assureur. Le remboursement du capital au terme ne fait pas partie de la prestation.

Lorsque l'Assuré est en cours de prise en charge, la transformation en Prêt amortissable ne modifie pas le montant de la prestation versée.

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 déterminé par l'Assureur et par voie d'expertise médicale conformément au tableau ci-dessous :

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%

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.

Pour les prêts relais partiels, l'Assureur prend en charge le capital restant dû à la date de constatation médicale de l'état d'IPT.

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.

(1) Le taux d'incapacité professionnelle tient compte de la profession exercée par l'Assuré, des conditions normales d'exercice, des aptitudes et des possibilités de reclassement dans une autre 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.

- **Prêt avec différé d'amortissement partiel** : l'Assureur ne prend en charge que les seules échéances d'intérêts.
- **Prêt avec différé d'amortissement total (in fine, total, in fine partiel, relais total)** : aucune prestation n'est due par l'Assureur. Le remboursement du capital au terme ne fait pas partie de la prestation.

Lorsque l'Assuré est en cours de prise en charge, la transformation en Prêt amortissable ne modifie pas le montant de la prestation versée.

6.4. Option ZEN

L'Option Zen permet à l'Adhérent de racheter, moyennant une tarification spéciale, les exclusions relatives aux troubles anxieux, dépression ou affections disco-vertébrales concernant le rachis (cervical, dorsal, lombaire ou sacré), 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, dépression ou affections disco-vertébrales concernant le rachis (cervical, dorsal, lombaire ou sacré) 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 € (dix millions d'euros).

Le montant maximal des mensualités prises en charge par l'Assureur est égal à 5 000 € (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, 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,
- 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 suite à une perte d'emploi,

- en cas de Décès ou reconnaissance de la *PTIA* donnant droit au versement d'un capital.

Hors mi-temps 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, 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 ;
- *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 ;
 - une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension ;
- *pour les non salariés* : une copie d'un titre de pension pour invalidité.

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 ;
- non déclarés lors de l'adhésion dont la première constatation médicale est antérieure à la date de signature de la demande d'adhésion ;

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

- résultant d'une invalidité permanente ou d'une aggravation d'une incapacité préexistante à l'admission à l'assurance ;
- 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 ;
- occasionnées par les accidents de la route survenant alors que l'Assuré conduisait et avait une alcoolémie supérieure au maximum fixé par le code de la route ou document en vigueur à la date du sinistre, ou était sous l'emprise de stupéfiants à des doses hors de toute prescription médicale ;
- occasionnés par les effets d'explosion d'engin ou de partie destiné à exploser par suite de transmutation du noyau d'atome ;
- occasionnés par les conséquences liées à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe

ou en déplacement), à tel point que, dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement, mesurée au sol 24 heures après l'émission, dépasse un röntgen par heure dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fut-ce par intermittence en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle ;

- 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.

- résultant de records, de tentative de record, quelque soit le sport ;
- résultant de sports pratiqués à titre professionnels ;

7.2. En complément, la pratique des activités sportives suivantes est exclue

- dans la catégorie des sports aériens, les activités sportives suivantes : vol à voile, aviation de tourisme ;
- dans la catégorie des sports de vitesse avec engins moteur, "auto-moto", les activités sportives suivantes : le karting, le quad, le motocross, l'enduro, le trial, les courses auto-moto et les rallyes ;
- dans la catégorie des sports de combats, les activités sportives suivantes : la boxe, le full contact et tout autre art martial ou sport de combat (excepté le judo, qui est couvert dans le cadre d'une pratique amateur) ;
- dans la catégorie des sports de montagne, les activités sportives suivantes : la varappe, l'escalade avec ou sans pitons de sécurité, l'alpinisme ;
- dans la catégorie des sports nautiques, les activités sportives suivantes : le canyoning, le rafting, le jet ski, le scooter et la plongée sous-marine avec plus de 20 plongées par an ou descente à plus de 40 mètres ;
- dans la catégorie des sport de neige et glace, les activités sportives suivantes : le hockey, le skeleton, le ski hors piste et hors chemins balisés, le bobsleigh et la moto-neige ;
- dans la catégorie des sport d'équipe, les activités sportives suivantes : le football américain, le football gaélique et le football australien ;
- dans la catégorie des sports équestres, l'activité sportive suivante : la pratique de l'équitation, hors randonnée et manège ;
- dans la catégorie des sports divers, les activités sportives suivantes : l'haltérophilie en compétition, la spéléologie, le sky surfing, le streetluge, le rooftopping, le saut à l'élastique, le base jump, le sky flying et le wingsuit.

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 euros (article R 132-5 du Code des assurances).

7.4. Ne sont pas garantis au titre des garanties PTIA, IPT, IPP, ITT et ITP, les Maladies ou Accidents ainsi que leurs suites et conséquences résultant :

- de troubles anxieux, d'une dépression qu'elle soit endogène ou réactionnelle, de l'épuisement, du burn-out, de complications psychiatriques de maladies somatiques, du syndrome de fatigue chronique, de troubles du comportement, de la fibromyalgie, de manifestations liées ou imputables au stress ou toute autre maladie psychiatrique et de leur traitement et complications éventuelles ;

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. 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.

- d'affections disco-vertébrales concernant le rachis (cervical, dorsal, lombaire ou sacré), de lumbagos, lombalgies, sciatiques, cruralgies, radiculalgies, cervicalgies, dorsalgies, névralgies cervico-brachiales, hernies discales ;

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.

- de tentative de suicide ;
- de manifestations secondaires liées à l'abus d'alcool, d'usage de drogues ou de médicaments à doses non prescrites médicalement ;
- 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 ;
- La période de grossesse couverte par le congé légal de maternité ou assimilé pour les non-salariées tel que prévu par le code du travail n'est pas considérée comme une période d'incapacité. Cette disposition s'applique par assimilation aux personnes qui ne sont pas salariées ou sans emploi.

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-POM 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, ■ 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.
PTIA	<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.
IPT ou IPP	<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.
ITT ou ITP	<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'indemnisations 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 :

ORADÉA VIE
À l'attention du Médecin Conseil
38 rue La Condamine - 75017 PARIS

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

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 de Grande Instance 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.

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 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 APOGEE, 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 1 euro et sont offerts par IRIADE Emprunteur.

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.

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 prime 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 interrompt 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. TERRITORIALITÉS

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 limites fixées par les Articles 1 et 8.2 de la Notice d'Information.

Dans le cas d'un déplacement professionnel ou dans un pays déconseillé par le ministère français des Affaires étrangères ou dans le cas où l'assuré changerait de résidence pour devenir résident de tout pays autre que la France, une déclaration préalable auprès de ORADEA VIE est nécessaire afin que les conditions de maintien des garanties soient déterminées par l'Assureur.

14. LOI APPLICABLE - RÉCLAMATION - TRIBUNAUX COMPÉTENTS

Le contrat et son interprétation sont régis par la loi française.

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, nous accuserons 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, vous pourriez demander l'avis du médiateur de la FFA, dont les coordonnées sont les suivantes :

- **La Médiation de l'Assurance, TSA 50 110 - 75441 PARIS CEDEX 09**

- **Fax : 01.45.23.27.15**

- **e-mail : le.mediateur@mediation-assurance.org**

- **La "charte de la médiation" de la FFA est disponible sur le site www.ffa-assurance.fr**

15. 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.assu@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 ?

Dans le cadre de 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,
- 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.

Vos données sont également traitées pour répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur telles que la lutte contre le blanchiment.

Pour vous apporter les meilleurs services et continuer de les améliorer, 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, ainsi que celles de nos partenaires. 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 délégués 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 impliqués 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 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 délégués 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 précis et exigeant (clauses contractuelles types, décision d'adéquation accessibles sur le site de la CNIL "transférer des données hors UE"), conforme aux modèles adoptés par la Commission 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 œuvre. 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 ou transmises à des tiers 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 Opposetel, Service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret, 10000 Troyes. Vous ne pourrez plus être démarché téléphoniquement par ORADEA VIE ou l'un de ses partenaires 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 œuvre 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- 42, boulevard Alexandre Martin - 45057 ORLEANS Cedex 1.

ORADÉA 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.

LEXIQUE

- **ACCIDENT** : Atteinte corporelle, indépendante de la volonté de la victime, et due à l'action soudaine, irréprouvable et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont jamais considérés comme accident au titre de la présente adhésion, 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'APOGEE, l'Adhérent est en outre le payeur des cotisations. L'adhésion à APOGEE 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 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 APOGEE 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 est aussi l'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 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'inaptitude 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'inaptitude 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'inaptitude 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'inaptitude 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, suite à un accident ou 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 réserve 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 cigarettes, cigarette électronique, cigares ou pipes au cours des 24 derniers mois et en cas d'arrêt antérieur à 24 mois, ne pas avoir arrêté de fumer suite à la demande expresse du corps médical.
- **PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)** : est considéré en état de PTIA, tout assuré reconnu par la Sécurité sociale ou organismes assimilés parmi les invalides de 3^{ème} catégorie nécessitant l'assistance d'une tierce personne ou pour les non-assujettis au régime général, reconnu par un médecin expert désigné par l'Assureur, comme définitivement incapable de se livrer à la moindre occupation ou au moindre travail lui procurant gain ou profit et obligé d'avoir recours à l'aide constante d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, aller aux toilettes, se mouvoir, se déplacer).
- **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 exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance.