

VOTRE ASSURANCE DES EMPRUNTEURS ORADEA VIE

COMMENT REMPLIR VOTRE DOSSIER

Le dossier d'adhésion que vous avez reçu comprend les pièces suivantes :

1. Une Fiche Standardisée d'Information (ou une Fiche de Synthèse des garanties) reprenant les garanties du contrat et vos besoins exprimés,
2. Une Demande d'Adhésion pré-remplie,
3. Un mandat de prélèvement,
4. Le document d'information AERAS à destination des personnes souscrivant un contrat d'assurance relatif au remboursement d'un emprunt, un Questionnaire de Santé et éventuellement un questionnaire spécifique concernant le ou les sports exclus du contrat mais pour le ou lesquels vous désirez être garanti(e)(s) et/ou un dossier financier.
5. Une enveloppe Confidentielle que vous pouvez utiliser pour transmettre vos documents d'adhésion à Oradéa Vie, si vous souhaitez adhérer par courrier.

Votre dossier comprend également :

- Une Notice d'Information,
- Les statuts de l'Association APOGEE⁽¹⁾ dont l'adhésion vous est offerte.

Oradéa Vie a développé des services permettant d'accélérer la prise en charge de votre dossier grâce à une adhésion en ligne.

ADHÉSION EN LIGNE

Vous avez la possibilité d'adhérer à cette assurance directement en ligne de manière simple et sécurisée, garantissant le respect du secret médical, via un espace d'adhésion personnel permettant de :

- gérer vos formalités d'adhésion (saisie en ligne de votre Questionnaire de Santé, échanges dématérialisés et sécurisés des pièces médicales et administratives) ;
- signer électroniquement votre dossier d'adhésion.

Vous retrouverez l'ensemble des informations nécessaires à la création de votre espace d'adhésion en ligne dans l'email dédié qui vous a été adressé.

Selon votre profil, des pièces complémentaires peuvent vous être demandées. Si vous désirez obtenir des informations sur les conditions d'accès à l'assurance prévues par la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), nous vous invitons à vous rendre sur le site internet www.aeras-infos.fr

ADHÉSION PAR COURRIER

Vous avez toujours la possibilité de nous envoyer vos documents d'adhésion par courrier.

(Veuillez suivre attentivement les instructions indiquées ci-dessous. En cas de non conformité, votre dossier ne pourra être finalisé en l'état et nécessitera le renouvellement des formalités incomplètes).

Lorsque les 4 étapes ci-dessous sont réalisées, adressez l'ensemble des documents sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil - Oradéa Vie - QP/ADE - 12 rue de Kerogan - CS 44 012 - 29335 QUIMPER Cedex

Nous nous engageons à traiter votre dossier dans les meilleurs délais.

Veuillez à ne pasagrafer, ni insérer de trombone sur les documents que vous nous retournerez



Selon votre profil, des demandes de pièces complémentaires peuvent vous être demandées. Si vous désirez obtenir des informations sur les conditions d'accès à l'assurance prévues par la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), nous vous invitons à vous rendre sur le site internet www.aeras-infos.fr

(1) Apogée est une Association, régie par la loi du 1er juillet 1901, souscriptrice du contrat « Assurance des Emprunteurs ORADEA VIE » auprès d'ORADEA VIE

1^{ÈRE} ÉTAPE : LA FICHE STANDARDISÉE D'INFORMATION (OU FICHE DE SYNTHÈSE DES GARANTIES)

- Vérifiez que les informations pré-remplies sont correctes. **Si vous détectez une erreur, vous pouvez rectifier à la main les informations erronées en paraphant obligatoirement les modifications (indiquer vos initiales à côté de la modification).**
- Dater et signez le document.

2^{ÈME} ÉTAPE : LA DEMANDE D'ADHÉSION

Quelques points d'attention pour chaque Emprunteur, Co-Emprunteur et / ou Caution :

- Relisez attentivement les informations renseignées dans la Demande d'Adhésion. **Si vous détectez une erreur, vous pouvez rectifier à la main les informations erronées en paraphant obligatoirement les modifications (indiquer vos initiales à côté de la modification).**
- Si vous avez déclaré être Non-fumeur, n'oubliez pas de signer la Déclaration Spéciale Non-Fumeur intégrée dans votre Demande d'Adhésion.
- Dater et signez la Demande d'Adhésion.

3^{ÈME} ÉTAPE : LE MANDAT DE PRÉLÈVEMENT

- Complétez et signez le mandat de prélèvement.
- Joindre l'original du Relevé d'Identité Bancaire que vous pouvez télécharger sur le site de votre organisme prêteur.

4^{ÈME} ÉTAPE : LE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Suivez les indications de la Fiche "Vos Formalités médicales et financières".

Selon votre âge et le montant emprunté, vous devez réaliser certaines formalités médicales et financières :

- Remplissez le Questionnaire de Santé**, en prenant soin de **mentionner toutes les informations** : période d'arrêt de travail, motif, dates d'examens ou d'hospitalisation...
Ne craignez pas de donner trop d'informations, nous ne retiendrons que les données pertinentes dans le cadre de l'étude de votre dossier et assurons la confidentialité de vos données personnelles et médicales.
- Joignez les copies des dossiers médicaux en votre possession (analyses récentes, comptes-rendus opératoires, etc.).
- Si vous devez réaliser des examens médicaux, 2 choix sont possibles :
 - vous effectuez vos examens dans un de **nos centres médicaux partenaires (CBSA)**, qui nous fera parvenir directement et rapidement les résultats. Dans ce cas, reportez-vous à la fiche "Vos Formalités médicales et financières" pour prendre rendez-vous.
 - Ou, si vous préférez, vous effectuez vos analyses dans le centre de votre choix et vous consultez votre médecin traitant. Dans ce cas, il vous faudra nous adresser les résultats des examens.

Pour toute adhésion au contrat Assurance Emprunteur ORADEA ou en cas de refus d'assurance de la part d'ORADEA VIE, les frais engagés vous seront remboursés à réception **de la copie de la demande d'adhésion** et de **l'original de(s) la facture(s)** - dans la limite des examens demandés

Lors de votre envoi, il convient de bien préciser les références de la personne à rembourser (nom, prénom, adresse, RIB et IBAN éventuellement).

Adresse : À l'attention du Médecin Conseil - Oradéa Vie - QP/ADE - 12 rue de Kerogan - CS 44 012 - 29335 QUIMPER Cedex.

- Si vous avez souhaité la prise en charge d'activités sportives exclues par notre contrat, un Questionnaire Sport Spécifique vous a été adressé. Merci de le compléter et de le signer.**
- Si vous devez nous adresser des **formalités financières**, merci de compléter le formulaire qui vous a été adressé et de joindre les pièces demandées.

INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LES 3 FORMULES DE GARANTIES DE VOTRE CONTRAT

Avant votre adhésion, nous vous invitons à lire très attentivement la Notice d'Information du contrat des Emprunteurs ORADEA VIE qui apporte toutes les précisions concernant les conditions de prise en charge par l'Assureur : définition des garanties, limites des garanties en montant et en durée, franchises applicables et exclusions.

Nous attirons également votre attention sur le fait que, pour toutes les garanties, les montants versés en cas d'indemnisation sont fonction de la quotité assurée.

FORMULE 1 : DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

L'Assureur rembourse le montant du capital restant dû au jour du décès ou à la date de reconnaissance par l'Assureur de l'état de PTIA, dans la limite de la quotité assurée⁽¹⁾.

FORMULE 2 : FORMULE 1 + INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT), INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT) ET INCAPACITÉ TEMPORAIRE PARTIELLE DE TRAVAIL (ITP)

- Pour les garanties **Décès et PTIA** : l'Assureur rembourse le montant du capital restant dû, dans la limite de la quotité assurée⁽¹⁾.
- Pour la garantie **ITT** : pour les personnes en activité professionnelle au moment du sinistre, l'Assureur prend en charge 100% des échéances de prêt en fonction de la quotité dès la fin du délai de franchise indiqué dans la Demande d'Adhésion (30, 60 ou 90 jours). Pour les personnes sans activité professionnelle au moment du sinistre, l'Assureur prend en charge 50% des échéances de prêt en fonction de la quotité dès la fin du délai de franchise indiqué dans la Demande d'Adhésion (30, 60 ou 90 jours)⁽¹⁾.
- Pour la garantie **IPT** : l'Assureur prend en charge les échéances de prêt, dans la limite de la quotité assurée⁽¹⁾.
- Pour la garantie **ITP** : l'Assureur prend en charge 50% des échéances de prêt dès la fin du délai de franchise indiqué dans la Demande d'Adhésion (30, 60 ou 90 jours), dans la limite de la quotité assurée⁽¹⁾.

FORMULE 3 : FORMULE 2 + INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)

- Pour les garanties **Décès et PTIA** : l'Assureur rembourse le montant du capital restant dû, dans la limite de la quotité assurée⁽¹⁾.
- Pour la garantie **ITT** : pour les personnes en activité professionnelle au moment du sinistre, l'Assureur prend en charge 100% des échéances de prêt en fonction de la quotité dès la fin du délai de franchise indiqué dans la Demande d'Adhésion (30, 60 ou 90 jours). Pour les personnes sans activité professionnelle au moment du sinistre, l'Assureur prend en charge 50% des échéances de prêt en fonction de la quotité dès la fin du délai de franchise indiqué dans la Demande d'Adhésion (30, 60 ou 90 jours)⁽¹⁾.
- Pour la garantie **IPT** : l'Assureur prend en charge les échéances de prêt, dans la limite de la quotité assurée⁽¹⁾.
- Pour la garantie **ITP** : l'Assureur prend en charge 50% des échéances de prêt dès la fin du délai de franchise indiqué dans la Demande d'Adhésion (30, 60 ou 90 jours), dans la limite de la quotité assurée⁽¹⁾.
- Pour la garantie **IPP** : l'Assureur prend en charge un pourcentage des échéances de prêt selon votre niveau d'invalidité, avec un minimum de 50 % de votre échéance, dans la limite de la quotité assurée⁽¹⁾.

(1) Dans les limites et conditions prévues dans la Notice d'Information

QUESTIONS / RÉPONSES

Je souhaite une autre formule de garantie ou une autre quotité que celle précisée dans ma Demande d'Adhésion.

J'ai changé d'avis...

Vous pouvez changer d'avis. Dans ce cas, vous pouvez imprimer et raturer proprement votre Demande d'Adhésion. **N'oubliez pas de parapher la modification (indiquer vos initiales à côté de la modification).**

En cas de doute sur vos souhaits, nous vous recontacterons pour obtenir la confirmation de votre Demande d'Adhésion modifiée, soit par e-mail, soit par courrier.

Une nouvelle demande d'adhésion vous sera adressée ainsi qu'une nouvelle proposition tarifaire.

En cas de modification importante, n'hésitez pas à revenir vers votre conseiller bancaire qui effectuera avec vous les vérifications nécessaires.

Comment suis-je averti(e) de la décision d'assurance ?

Si vous avez décidé d'adhérer en ligne :

Une fois que vous aurez complété et validé votre Questionnaire de Santé en ligne, plusieurs cas de figure peuvent se présenter :

- Vous êtes accepté(e) au tarif normal : vous en serez informé(e) automatiquement sur votre espace en ligne et vous pourrez procéder à la signature électronique de votre dossier d'adhésion ;
- Votre dossier nécessite une étude par notre service médical :
 - vous êtes accepté(e) avec des conditions particulières (ex. une surprime ou une exclusion) : si votre dossier ne fait pas l'objet d'une étude détaillée par le Médecin Conseil, vous serez informé(e) de la décision directement sur votre espace en ligne sous un délai de 2 jours. Si vous acceptez les conditions d'adhésion, vous pourrez procéder à la signature électronique de votre dossier d'adhésion ;
 - notre service médical a besoin de compléments d'information : une demande de pièces complémentaires vous sera transmise et vous pourrez déposer ces pièces directement dans votre espace en ligne, de manière sécurisée ou nous les envoyer par courrier postal.

Une fois que vous aurez signé électroniquement votre dossier d'adhésion, l'ensemble de vos documents d'adhésion vous sera restitué automatiquement dans votre espace client avec un Certificat Individuel d'Adhésion confirmant votre adhésion.

Si vous avez décidé d'adhérer par Courrier :

Dans un délai d'une semaine environ après l'envoi de votre demande, vous recevrez :

- soit un Certificat Individuel d'Adhésion qui confirme votre adhésion,
- soit une proposition d'assurance avec des conditions particulières (ex. une surprime ou une exclusion) à retourner signée pour acceptation,
- soit, si notre service médical a besoin de compléments d'information, une demande de pièces complémentaires.

Je souhaite être couvert(e) pour un sport mais j'ai oublié de le déclarer. Que dois-je faire ?

Il n'est pas trop tard ...

Si vous avez décidé d'adhérer en ligne :

Si vous souhaitez être couvert(e) pour la pratique de ce sport, vous pouvez en faire la demande via la MESSAGERIE de votre espace client.

Si vous avez décidé d'adhérer par courrier :

Si vous souhaitez être couvert(e) pour la pratique de ce sport, inscrivez ce sport sous le titre "CARACTERISTIQUES DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES CHOISIES" de votre Demande d'Adhésion.

CARACTÉRISTIQUES DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES CHOISIES

Dans certains cas (selon le sport que vous déclarez), nos services vous adresseront un questionnaire spécifique sur la pratique de ce sport, à nous renvoyer complété et signé et **une tarification particulière pourra vous être proposée.**

Si finalement mon prêt ne se concrétise pas, puis-je bénéficier de cette assurance pour un autre dossier de crédit avec un autre organisme prêteur?

L'offre qui vous a été adressée concerne uniquement le dossier de crédit que vous avez réalisé avec l'organisme prêteur initial. Cette proposition ne sera donc pas valable auprès d'un autre organisme prêteur.

Si je ne suis pas sûr(e) du montant du crédit indiqué sur ma Demande d'Adhésion ...

Nous vous conseillons de vérifier avec votre conseiller bancaire le montant du prêt avant de nous renvoyer les documents d'adhésion à l'assurance. Dans tous les cas, n'hésitez pas à modifier le montant du prêt sur votre Demande d'Adhésion.

Est-il possible de résilier une garantie en cours de vie du prêt ?

Notre contrat ne prévoit pas cette possibilité car le contrat Assurance des Emprunteurs ORADEA VIE est là pour vous protéger au mieux et vous assurer une vraie sécurité financière ainsi qu'à vos proches pour toute la durée de votre prêt.

4 - LES GARANTIES MINIMALES EXIGÉES PAR VOTRE PRÊTEUR

Votre prêteur exige que vous souscriviez des garanties d'assurance minimales pour l'octroi de votre prêt. Parmi les critères de garanties exigibles, votre prêteur a retenu la liste de critères suivante, qui correspond à ses exigences générales liées à sa politique de risque, en fonction du type d'opération, du type de prêt et de votre statut professionnel.

	Critères spécifiques	Quotité exigée *
Garantie décès, le cas échéant	La garantie Décès couvre pendant toute la durée du prêt	100 %
Garantie PTIA, le cas échéant	La garantie PTIA couvre pendant toute la durée du prêt	100 %

* : La quotité minimum exigée par prêt est de 100%. En cas de prêt individuel, la quotité minimum est de 100%. En cas de prêt joint, la somme des quotités individuelles doit être au minimum égale à 100%, et au maximum à 200%.

Les caractéristiques détaillées des garanties exigées doivent vous être communiquées par votre prêteur afin de vous permettre d'apprécier l'équivalence des niveaux de garanties entre les contrats.

Pour en savoir plus sur l'équivalence du niveau de garantie en assurance emprunteur, rendez-vous sur le site du comité consultatif du secteur financier : www.banque-france.fr/ccsf/fr/index.htm

5 - LES GARANTIES QUE VOUS POUVEZ SOUSCRIRE

5 - 1 LES TYPES DE GARANTIES QUE NOUS PROPOSONS

Vous pouvez adhérer au contrat d'assurance "Assurance des Emprunteurs Oradea Vie" n° 90264, qui comporte les garanties suivantes :

La garantie Décès : elle intervient en cas de décès de la personne assurée. La prestation est le remboursement au prêteur du capital assuré. Dans notre contrat :

- la garantie décès vous couvre durant toute la durée du prêt ;
- la garantie décès cesse au 31/12 qui suit le 80ème anniversaire de l'assuré.

La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : elle intervient lorsque l'assuré se trouve dans un état particulièrement grave, nécessitant le recours permanent à une tierce personne pour exercer les actes ordinaires de la vie. La prestation est le remboursement au prêteur du capital assuré. Dans notre contrat :

- la garantie PTIA vous couvre durant toute la durée du prêt ;
- la garantie PTIA cesse au 31/12 qui suit le 65ème anniversaire de l'assuré.

La garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT) : elle intervient lorsque la personne assurée est temporairement inapte à exercer :

- strictement son activité professionnelle ;
- toute activité pouvant lui procurer des revenus.

Dans notre contrat, la garantie ITT :

- vous couvre durant toute la durée du prêt ;
- cesse au plus tard 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 67ème anniversaire de l'Assuré ;
- couvre à hauteur de 50% de l'échéance de remboursement du prêt l'assuré n'exerçant pas ou plus d'activité professionnelle au moment du sinistre ;
- ne couvre pas l'assuré n'exerçant pas ou plus d'activité professionnelle au moment du sinistre.

Les affections dorsales :

- sont couvertes :
 - avec conditions d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale ;
 - sans condition d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale ;
- ne sont pas couvertes.

Les affections psychiatriques :

- sont couvertes :
 - avec conditions d'hospitalisation ;
 - sans condition d'hospitalisation ;
- ne sont pas couvertes.

La prestation est :

- forfaitaire (le montant qui vous sera versé correspond à 100% de l'échéance de remboursement du prêt, quelle que soit votre perte de revenu) ;
- indemnitaire (le montant qui vous sera versé dépendra de votre perte de revenu).

Les prestations incapacité :

- sont plafonnées à 5 000 euros ;
- ne sont pas plafonnées.

Les indemnités sont dues par l'assureur après un délai de franchise maximale de jours après l'interruption de l'activité.

La garantie Invalidité Permanente Totale (IPT) intervient lorsque la personne assurée est, de façon définitive, incapable d'exercer ;

- strictement son activité professionnelle ;
- toute activité pouvant lui procurer des revenus. Avec un taux d'invalidité supérieur à 66%. Les indemnités sont dues après la reconnaissance de l'état d'invalidité par l'assureur selon une méthode d'évaluation mentionnée au contrat.

Dans notre contrat, la garantie invalidité :

- vous couvre durant toute la durée du prêt ;
- cesse au plus tard 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 67ème anniversaire de l'Assuré ;

Les affections dorsales :

- sont couvertes :
 - avec conditions d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale ;
 - sans condition d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale ;
- ne sont pas couvertes.

Les affections psychiatriques :

- sont couvertes :
 - avec conditions d'hospitalisation ;
 - sans condition d'hospitalisation ;
- ne sont pas couvertes

La prestation est :

- forfaitaire (le montant qui vous sera versé correspond à 100% de l'échéance de remboursement du prêt, quelle que soit votre perte de revenu) ;
- indemnitaire (le montant qui vous sera versé dépendra de votre perte de revenu).

Les prestations invalidité permanente totale :

- sont plafonnées à 5 000 euros ;
- ne sont pas plafonnées.

La garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP) est un complément de la garantie invalidité permanente totale. Elle intervient à compter d'un taux d'invalidité compris entre 33% et 66%. Les indemnités sont dues après la reconnaissance de l'état d'invalidité par l'assureur selon une méthode d'évaluation mentionnée au contrat.

La garantie Perte d'emploi couvre les assurés en CDI (contrat à durée indéterminée) ayant subi un licenciement et bénéficiant en conséquence des revenus de remplacement prévus aux articles L 542-1 à L 542-10 du Code du travail.

Dans notre contrat, la garantie Perte d'emploi :

- vous couvre durant toute la durée du prêt ;
- cesse au 31/12 qui suit le 65e anniversaire ou à la date de départ ou de mise en préretraite ou en retraite.

Les prestations :

- sont plafonnées à 50% du montant des échéances dans la limite de 60 EUR par jour tous prêts garantis confondus ;
- ne sont pas plafonnées.

La prestation est :

- forfaitaire (le montant qui vous sera versé correspond à 50% de l'échéance de remboursement du prêt, quelle que soit votre perte de revenu) ;
- indemnitaire (le montant qui vous sera versé dépendra de votre perte de revenu).

5-2 La solution d'assurance que vous envisagez à ce stade

Compte tenu de votre situation, vous envisagez d'assurer tout ou partie du capital emprunté avec les garanties suivantes :

	Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3	Prêt 4	Prêt 5
Décès et cette garantie est couverte à	100,00%				
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et cette garantie est couverte à	100,00%				
Incapacité et cette garantie est couverte à	0,00%				
Incapacité Permanente Totale et cette garantie est couverte à	0,00%				
Incapacité Permanente Partielle et cette garantie est couverte à	0,00%				
Perte d'emploi et cette garantie est couverte à					

6 - FORMALISATION DU DEVOIR DE CONSEIL

Compte-tenu des garanties exigées par votre prêteur et des besoins et attentes que vous avez exprimés, nous vous proposons d'adhérer :

- au contrat d'Assurance des Emprunteurs Oradea Vie n° 90264. Nous vous conseillons d'assurer 100% du capital emprunté(*) avec les garanties suivantes : F1-Décès/PTIA.

En cas de pluralité d'emprunteur, nous vous conseillons d'assurer chacun à hauteur de 100% du capital emprunté(*) avec les mêmes garanties que ci-dessus.

(*) sous réserve que le TAEG de votre prêt ne dépasse pas le seuil de l'usure.

7 - ESTIMATION PERSONNALISEE DU COUT DE LA SOLUTION

Compte tenu des caractéristiques connues du ou des prêts, de votre âge de 48 ans, des types de garanties envisagées et de la part du capital à couvrir, le tableau ci-dessous propose une estimation du coût de l'assurance.

Il s'agit d'un tarif indicatif avant examen du dossier et du questionnaire médical par l'organisme d'assurance. Lorsqu'une personne présente un risque aggravé de santé, elle peut bénéficier des dispositions de la convention AERAS, « s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé ». Il s'agit d'un dispositif conventionnel, appliqué par l'ensemble des réseaux bancaires et des assureurs présents sur le marché de l'assurance emprunteur, qui permet de repousser les limites de l'assurabilité des personnes qui présentent ou ont présenté un risque aggravé de santé. La proposition d'assurance peut comporter une surprime d'assurance et/ou une limitation de la garantie (cf. www.aeras-infos.fr).

	PART DU CAPITAL assuré pour chaque type de garantie	TYPES DE GARANTIES	COTISATION en euros par mois de l'emprunteur	COÛT TOTAL de l'assurance sur la durée du prêt en euros	ESTIMATION du Taux Annuel Effectif de l'Assurance relatif à la totalité du prêt
Prêt 1 26900,00€ 86 mois	100% 100%	<input checked="" type="checkbox"/> Décès <input checked="" type="checkbox"/> PTIA <input type="checkbox"/> Incapacité Temporaire Totale de Travail <input type="checkbox"/> Incapacité Temporaire Partielle de Travail <input type="checkbox"/> Invalidité Permanente Totale <input type="checkbox"/> Invalidité Permanente Partielle <input type="checkbox"/> Perte d'emploi	3,08€	215,74€	0,212% Décès/PTIA
	0%				

La cotisation d'assurance est :

constante sur la durée du prêt

non constante

Cotisation mensuelle minimale : 0,02 €

Cotisation mensuelle maximale 4,15 €

8 - REMARQUES IMPORTANTES

L'assurance emprunteur constitue une garantie à la fois pour le prêteur et l'emprunteur. Elle peut être un élément déterminant de l'obtention de votre prêt immobilier. Il appartient au professionnel de veiller à ce que les garanties qu'il vous propose de souscrire correspondent à vos besoins et vos attentes.

Aussi précises que soient les informations qui vous ont été données, il est très important que vous lisiez attentivement vos documents contractuels notamment la notice d'information et les éventuelles conditions particulières qui déterminent les droits et obligations de l'assuré et de l'assureur. Nous attirons tout particulièrement votre attention sur les risques exclus, les délais de carence (période durant laquelle l'assuré ne peut pas demander la mise en oeuvre de la garantie), de franchise (période durant laquelle le sinistre reste à la charge de l'assuré), les dates et motifs d'expiration des garanties.

Nous insistons sur l'importance de la précision et de la sincérité des réponses apportées au questionnaire d'adhésion au contrat d'assurance emprunteur, y compris la partie questionnaire médical. Une fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité du contrat et la déchéance des garanties : les échéances ou le remboursement du capital restant dus seraient alors à votre charge ou à celle de vos héritiers.

Les différentes garanties peuvent faire l'objet de contrats séparés.

FICHE REMISE LE 21/11/2019

Signature du Candidat à l'assurance :

INFORMATIONS GENERALES

L'Assurance des Emprunteurs ORADEA VIE n°90264 est un contrat d'assurance collective sur la vie à adhésion facultative souscrit par l'association APOGEE au profit de ses membres, auprès de la société d'assurance ORADEA VIE.

ORADEA VIE : Société anonyme d'assurance sur la vie et de capitalisation, au capital de 26 704 256 euros, Entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : Tour D2 - 17 bis place des Reflets - 92919 Paris La Défense Cedex. RCS n° 430 435 669 Nanterre.

Toute réclamation doit être adressée à ORADEA VIE - 12 rue de Kerogan 29335 QUIMPER Cedex. Oradea Vie s'engage à répondre à votre demande sous 10 jours ouvrés, sauf cas exceptionnels. Dans le cas contraire, nous accuserons réception dans ces 10 jours et une réponse définitive vous sera apportée dans un délai maximal de 60 jours à compter de la réception de votre demande.

Si votre désaccord persistait après la réponse donnée par Oradea Vie, vous pourriez demander l'avis de la Médiation de l'Assurance par voie postale ou par saisie du formulaire en ligne sur son site internet, dont les coordonnées sont les suivantes : La Médiation de l'Assurance, TSA 50 110 - 75 441 PARIS CEDEX 09. Site internet <http://www.mediation-assurance.org>.

La « charte de la médiation » de la Fédération Française de l'Assurance (FFA) est disponible sur son site internet : www.ffa-assurance.fr <<http://www.ffa-assurance.fr>>. Tout litige né de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre du présent document sont nécessaires à L'Assureur pour la gestion de votre demande.

Toutes les données sont obligatoires sauf mention particulière figurant dans votre documentation. Elles nous permettent de vous identifier, d'identifier les assurés/bénéficiaires, de vérifier que vous remplissez les conditions d'adhésion à l'offre d'assurance, de calculer votre tarif et mettre à votre disposition les garanties et les services souscrits.

Elles seront, de même que les données complémentaires traitées lors de notre relation, utilisées pour l'exécution et la gestion de votre contrat et pour répondre à nos obligations légales et réglementaires.

Nous pouvons également utiliser vos données pour vous proposer des offres commerciales pour des produits et services de notre Groupe d'assurance, personnalisées selon vos besoins, ainsi que celles de nos partenaires.

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.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement ainsi que du droit à la portabilité de vos données.

Vous pouvez également, pour des raisons tenant à votre situation particulière, vous opposer, à ce qu'elles fassent l'objet d'un traitement et à ce qu'elles soient utilisées ou transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, selon les modalités décrites dans votre notice d'information.

Des informations détaillées sur le traitement de vos données (finalités, exercice de vos droits, durées de conservation, destinataires) figurent dans votre notice d'information.

Conformément à la loi, dès aujourd'hui et jusqu'à 12 mois après la signature de l'offre de prêt, vous pouvez souscrire une assurance auprès de l'assureur de votre choix et la proposer en garantie au prêteur. Depuis le 1er janvier 2018, vous disposez également d'une faculté de substitution si vous exercez votre droit de résiliation annuel sur votre contrat d'assurance en cours, quelle que soit la date de signature du contrat, conformément à l'article 10 de la loi n° 2017-203 du 21 février 2017. Dès lors que ce contrat présente un niveau de garantie équivalent à votre contrat en cours ou celui qui vous est proposé par le prêteur, ce dernier ne peut le refuser. Depuis le 1er janvier 2017, les offres de prêts doivent préciser les documents que doit contenir la demande de substitution.

Société Anonyme d'assurance sur la vie et de capitalisation au capital de 26 704 256 euros
Entreprise régie par le Code des Assurances - RCS Nanterre 430 435 669
Siège social : Tour D2 - 17 bis place des Reflets - 92919 Paris La Défense Cedex.

Agence émettrice :
AVIGNON-ROTONDES
CODE AGENCE : 239



DEMANDE D'ADHESION Assurance Des Emprunteurs ORADEA VIE

Contrat d'assurance collective sur la vie à adhésion facultative ORADEA VIE N°90264, pour les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Invalidité Permanente Totale (IPT) ou Partielle (IPP), et Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) ou Partielle de Travail (ITP) souscrit auprès d'ORADEA VIE par l'association APOGEE.

CARACTERISTIQUES DE LA PERSONNE A ASSURER

Civilité Mr. Mme

Qualité Emprunteur Co-Emprunteur Caution

Nom : MERCURY Prénom : LUC
Nom de naissance :
Né(e) le : 1 7 / 0 9 / 1 9 7 1
Adresse : 11 impasse vercors
Code postal : 84000 Commune : AVIGNON Pays : FRANCE
Tél. 1 (personnel) 0631906679 Tél. 2 (professionnel) :
E-mail : luc.mercury@memo-pharma.fr

Vous avez déclaré être : Fumeur Non fumeur

Si vous avez déclaré être Non fumeur, veuillez signer la déclaration ci-après

Déclaration spécifique Non fumeur :

Je déclare 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.

Signature :

<p>Parmi la liste ci-dessous, à quelle catégorie socioprofessionnelle appartenez-vous ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chef d'entreprise • Profession libérale (hors paramédicale) • Profession libérale paramédicale • Salarié cadre • Salarié non-cadre • Fonctionnaire catégorie A (hors enseignant) • Fonctionnaire hors classe A - non cadre administratif • Fonctionnaire hors classe A - Cadre administratif • Enseignant • Commerçant • Artisan • Ouvrier • Exploitant agricole • Intérimaire • Retraité • Demandeurs d'emploi, personnes sans emploi, inactifs 	Salarié cadre
<p>Déplacements de plus de 20 000km/an à titre professionnel en véhicule terrestre à moteur (hors train) ?</p>	Non
<p>Pratiquez-vous un travail régulier en hauteur supérieure à 3 mètres ?</p>	Non
<p>Pratiquez-vous une activité régulière avec:</p> <ul style="list-style-type: none"> • manutention • et/ou avec travail manuel nécessitant l'utilisation d'outils permettant de découper, perforer, broyer, trancher, creuser, déchiqueter ou déformer tous matériaux • et/ou le port de charges lourdes de plus de 20Kg ? 	Non
<p>Votre profession fait-elle partie d'un des groupes de professions listées ci-dessous ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Métiers liés à des missions humanitaires • Métiers artistiques, intermittents du spectacle • Métiers du journalisme (reporter, cameraman, photographe, journaliste), sauf emploi sédentaire en France • Manipulation d'explosifs ou de substances toxiques, transport d'explosifs ou de matières dangereuses • Travail en hauteur supérieure à 20 mètres • Travail sur site dangereux • Travail sur sites de production du pétrole/du gaz, les sites nucléaires, les sites classés SEVESO, les chantiers de construction • Métiers de démolition • Métiers comportant des contacts avec des animaux sauvages • Métiers de l'aviation (uniquement le personnel naviguant) • Chauffeurs routiers • Guides de haute montagne, membres d'expédition • Travail souterrain ou en galerie, travail dans une mine ou une carrière, spéléologues, foreurs • Plongeur professionnel et professions avec activité en mer, dockers • Sportifs professionnels ou professeurs de sports (hors professeurs scolaires) • Professions de secours, sécurité, surveillance, maintien de l'ordre, militaires, convoyeurs de fonds, professions avec port ou manipulation d'armes, pompiers • Professions spirituelles ou religieuses 	Non

NOUVELLE ADRESSE EN CAS DE DÉMÉNAGEMENT (SI PERTINENT)

Adresse : _____
 Code postal _____ Commune _____ Pays _____
 Date prévisionnelle d'emménagement à la nouvelle adresse : _____ / _____ / _____

ENTREPRISE OU PERSONNE MORALE ADHÉRENTE

Statut Juridique _____ Raison Sociale _____
 N° SIREN _____
 Correspondant personne morale Mr . Mme _____ Nom et Prénom _____
 Adresse _____
 Code postal _____ Commune _____ Pays _____
 Tél _____ Fax _____ E-Mail _____

CARACTÉRISTIQUES DU (DES) PRÊT(S) À ASSURER

Prêt	Montant Emprunté ⁽¹⁾ (en €)	Type de Prêt	Durée totale du prêt y compris différé d'amortissement ⁽¹⁾	Taux d'intérêt ⁽¹⁾	Date prévisionnelle de prise d'effet des garanties d'assurance
1	26 900,00	Prêt immobilier	86 mois dont 2 mois en différé	Fixe 0,45%	07/02/2020

■ **Formule(s) de garantie(s) choisie(s) et quotité(s)**

Prêt	Quotité	Formule de garantie choisie	Franchise ITT et ITP	Durée minimale d'hospitalisation pour les affections dos/psy ⁽²⁾
1	100,00	F1-Décès/PTIA		

Encours⁽³⁾déjà assurés au titre des contrats d'assurance collective sur la vie à adhésion facultative ORADEA Vie n° 90212; 90231 et n° 90264 : 0,00€

Total des capitaux assurés (y compris encours) : 26 900,00€

(1) En cas d'adhésion au titre de prêt précédemment assuré par un autre contrat, sont pris en compte : le capital restant dû, la durée résiduelle du prêt et le taux d'intérêt à la date prévisionnelle d'effet des garanties d'assurance au présent contrat 90264.

(2) Les troubles anxieux, dépression ou affections disco-vertébrales concernant le rachis cervical, dorsal, lombaire ou sacré.

(3) Les prêts relais n'entrent pas dans le cumul des encours assurés déterminant les formalités d'adhésion si le cumul d'encours assurés des prêts relais est inférieur ou égal à 500 000 euros.

Le cumul des encours assurés est la somme des capitaux assurés au titre de la présente ou des présentes adhésion(s) et des capitaux restants dus assurés au titre d'adhésions antérieures sur les contrats d'assurance n° : 90212, 90231 et 90264.

BÉNÉFICIAIRES

Je désigne comme bénéficiaire acceptant des garanties prévues dans la Notice d'Information Société Générale, à concurrence des sommes dues. Si le prêt n'a pas été décaissé avant le sinistre, le capital est payable, en cas de PTIA, à moi-même ; en cas de décès, à mon conjoint non divorcé ni séparé de corps ou le partenaire avec lequel je suis lié par un Pacte Civil de Solidarité, à défaut à mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut, à mes héritiers, sauf désignation indiquée ci-après :

.....

DECLARATION

Conformément à l'Article L 112-2 du Code des Assurances, la demande d'adhésion n'engage ni l'adhérent, ni l'assureur ; seul le Certificat Individuel d'Adhésion constate leur engagement réciproque. L'assureur se réserve donc le droit de ne pas accepter l'affaire. En cas de non réception du Certificat individuel d'adhésion dans les deux mois à compter de la demande d'adhésion, l'adhérent doit, dans les plus brefs délais, en informer ORADEA Vie, lequel lui en adressera un nouvel exemplaire.

Périodicité des cotisations x Mensuelle o Trimestrielle o Semestrielle o Annuelle
Frais de dossier : 0 € Frais de fractionnement : 0 € Droit d'adhésion à l'association Apogée : 1€
(ce montant est offert par ORADEA VIE)

Je déclare avoir reçu un exemplaire de la présente demande d'adhésion ainsi qu'au préalable :

- un exemplaire de la Fiche Standardisée d'Information
- un exemplaire de la Notice d'Information du contrat 90264 dont je certifie avoir pris connaissance, et notamment les conditions d'exercice du droit de renonciation
- un Questionnaire de Santé et avoir répondu avec exactitude et sincérité tant au questionnaire d'état de santé qu'aux déclarations figurant sur ma demande d'adhésion.

Je certifie avoir été informé de ce que toute réticence ou déclaration fautive, toute omission ou déclaration inexacte de circonstances connues de lui entraîneraient l'application, suivant le cas, des sanctions prévues par les articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances, dont la nullité de l'adhésion.

Je m'engage à informer l'assureur de tout changement dans ma situation ayant un impact sur les garanties choisies ou de toute modification de mon état de santé qui surviendrait entre la date de la demande d'adhésion et celle de la prise d'effet des garanties.

MANDAT DE PRELEVEMENT (JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RIB)

En signant ce formulaire, j'autorise Verlingue, qui intervient pour le compte d'ORADEA VIE, à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte conformément aux instructions de Verlingue.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit alors être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

En cas de prélèvement non autorisé, cette demande doit être présentée sans tarder et au plus tard dans les 13 mois.

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER

VERLINGUE SAS
12 rue de Kerogan - 29335 QUIMPER cedex

IDENTIFICATION CRÉANCIER SEPA (ICS) :
FR25ZZZ194239

INFORMATIONS DU DÉBITEUR : L'ADHERENT

MR MERCURY luc

COMPTE A DEBITER

IBAN (NUMERO INTERNATIONAL D'IDENTIFICATION DU COMPTE BANCAIRE)

___|___|___|___|___|___ (zone supplémentaire réservée aux comptes internationaux)
BIC (CODE INTERNATIONAL D'IDENTIFICATION DE VOTRE BANQUE)

Type de paiement Paiement récurrent / répétitif
RUM*

* La RUM (référence unique du mandat) figurera sur l'ensemble des documents justificatifs de prélèvement.
Verlingue est une SAS au capital de 2 083 498 € au 01.12.13, dont le siège social est 12 rue de Kerogan - CS 44012 - 29335 QUIMPER cedex.
Son code APE est le 6622 Z, son code Siren est le 440 315 943 RCS QUIMPER et son numéro Orias le 07 000 840 (www.orias.fr).

PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel recueillies par ORADEA VIE 17 Bis Place des Reflets - 92919 PARIS LA DEFENSE CEDEX , dans le cadre du présent document, sont nécessaires pour la gestion de la demande d'adhésion.

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

Elles nous permettent de vous identifier, d'identifier les assurés/bénéficiaires, de vérifier que vous remplissez les conditions d'adhésion à l'offre d'assurance, de calculer votre tarif et mettre à votre disposition les garanties et les services souscrits. Elles seront, de même que les données complémentaires traitées lors de notre relation, utilisées pour l'exécution et la gestion de votre contrat et pour répondre à nos obligations légales et réglementaires.

Nous pouvons également utiliser vos données pour vous proposer des offres commerciales pour des produits et services de notre Groupe d'assurance, personnalisés selon vos besoins, ainsi que celles de nos partenaires.

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.

En remplissant et en signant ce document, vous consentez à ce que vos données de santé, nécessaires à la gestion de votre contrat et de vos garanties, soient traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale, elles sont transmises au Médecin conseil et son service médical ou aux personnes internes ou externes spécifiquement habilitées (notamment nos délégués et experts médicaux).

De plus, dans l'hypothèse où vous exercez une profession spirituelle ou religieuse, vous consentez, en remplissant et en signant ce document, à ce que des données relatives à vos convictions religieuses ou philosophiques soient traitées, pour la gestion de la demande d'adhésion.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement ainsi que du droit à la portabilité de vos données.

Vous pouvez également, pour des raisons tenant à votre situation particulière, vous opposer, à ce qu'elles fassent l'objet d'un traitement et à ce qu'elles soient utilisées ou transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, selon les modalités décrites dans votre notice d'information

Des informations plus détaillées sur le traitement de vos données (finalités, exercice de vos droits, durées de conservation, destinataires) figurent dans votre notice d'information.

SIGNATURE

Fait à , le

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé » et cachet de la société si personne morale)

L'adhérent

L'assuré

(Si différent de l'adhérent)

Le représentant légal

(Éventuellement)

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Assurance des Emprunteurs ORADEA VIE - Adhésion au contrat d'assurance n°90264
souscrit par APOGEE auprès d'ORADEA VIE

MODE D'EMPLOI POUR REMPLIR VOTRE « QUESTIONNAIRE DE SANTE »

Ce Questionnaire de Santé est confidentiel et personnel. Il est important de suivre le mode d'emploi ci-après détaillé :

1. Avant de compléter votre Questionnaire de Santé, nous vous invitons à lire attentivement les informations sur le Droit à l'oubli en pages 1 et 2 du présent document.
2. Ensuite, complétez de votre main et sans rature, votre Questionnaire de Santé se trouvant pages 3, 4 et 5 du présent document :
 - a) Indiquez votre nom, votre prénom et votre date de naissance.
 - b) Indiquez votre taille, votre poids et votre sexe
 - c) Répondez aux questions par **OUI** ou par **NON** en toutes lettres et donnez les précisions demandées en cas de réponse positive.
Datez et signez. Pour être admis à l'assurance, il est impératif de dater et signer le questionnaire de santé.

INFORMATION SUR LE « DROIT A L'OUBLI » A L'USAGE DES PERSONNES SOUSCRIVANT UN CONTRAT D'ASSURANCE EN RELATION AVEC UN EMPRUNT PERSONNEL OU PROFESSIONNEL ENTRANT DANS LE CADRE DE LA CONVENTION AERAS

Un protocole a été signé le 24 mars 2015, en présence du Président de la République, entre les pouvoirs publics, les professionnels de la banque et de l'assurance, l'INCa et des associations de malades pour instaurer un "droit à l'oubli" devant permettre aux personnes guéries d'un cancer de ne plus avoir besoin de le déclarer au moment de contracter l'assurance d'un crédit. Ce protocole vise à mettre en oeuvre un tel "droit à l'oubli" et à améliorer la rapidité de la prise en compte par les assureurs, dans la tarification des risques, des avancées thérapeutiques pour les personnes ayant été atteintes d'une pathologie cancéreuse. Cette avancée importante pourra ultérieurement bénéficier à des personnes atteintes d'autres pathologies, notamment aux pathologies chroniques, et cet engagement sera mis en oeuvre, dans le cadre de la Convention AERAS, au rythme du progrès médical et de l'accès aux données de santé nécessaires.

Les signataires de la Convention AERAS se sont attachés à tirer les conséquences de ce protocole d'accord et à intégrer ces avancées au sein de la Convention. De plus, une première grille de référence a été établie qui fixe, pour une première liste de pathologies, les délais au-delà desquels aucune majoration de tarif ou exclusion de garantie ne pourra être appliquée.

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit dans son article 190 des dispositions sur le "droit à l'oubli" dont certaines modifient celles figurant dans l'avenant du 2 septembre 2015.

La présente fiche reprend les dispositions actuellement en vigueur. En l'absence d'actualisation de certains questionnaires de santé pour prendre en compte ces nouvelles dispositions, celles-ci s'appliquent d'office.

1. Critères relatifs à votre projet :

Pour que vous puissiez bénéficier des dispositifs mentionnés au point 2 ci-dessous il est nécessaire que :

- votre demande d'assurance concerne soit des prêts immobiliers, soit des prêts professionnels destinés à l'acquisition de locaux et/ou de matériel ;
- votre demande d'assurance porte sur :
 - Un financement immobilier en lien avec votre résidence principale dont la part assurée, hors prêt relais, n'excède pas 320 000 € ;
 - Un financement professionnel ou immobilier sans lien avec votre résidence principale dont la part assurée n'excède pas 320 000 € après avoir pris en compte, s'il y a lieu, la part assurée des capitaux restant dus au titre de précédentes opérations de crédit de toute nature pour lesquelles le même assureur délivre déjà sa garantie.
- votre demande concerne un contrat d'assurance qui arrivera à échéance avant votre 71ème anniversaire.

2. Il convient de distinguer deux dispositifs applicables selon votre situation :

2.1 L'absence de déclaration d'un ancien cancer, sous certaines conditions

Si votre projet réunit les critères définis au point 1 ci-dessus, vous pourrez bénéficier des dispositions du "droit à l'oubli" :

- a) Lorsqu'une **maladie cancéreuse** a été diagnostiquée avant vos 18 ans* :
- si la date de fin du *protocole thérapeutique*(1) remonte à plus de 5 ans* au jour de votre demande d'assurance ;
 - et s'il n'a pas été constaté de *rechute*(2) de votre maladie.

Vos droits : vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le Questionnaire de Santé.

Ou bien

- b) Lorsqu'une **maladie cancéreuse** a été diagnostiquée à compter de vos 18 ans* :
- si la date de fin du *protocole thérapeutique*(1) remonte à plus de 10 ans* au jour de votre demande d'assurance ;
 - et s'il n'a pas été constaté de *rechute*(2) de votre maladie.

Vos droits : vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le Questionnaire de Santé.

Si votre projet réunit les critères mentionnés au point 1 et l'une ou l'autre des conditions médicales mentionnées au point 2.1, vous n'avez pas à déclarer votre antécédent de maladie cancéreuse et vous bénéficiez d'une assurance sans aucune réserve concernant cet antécédent. En ce cas, vous n'avez donc pas à transmettre d'informations relatives à l'une ou l'autre des maladies cancéreuses mentionnées au point 2.1 dans le cadre de votre recherche d'assurance emprunteur. Toutefois si vous en transmettiez par erreur, le service médical de l'assureur s'engage à ne pas les prendre en compte dans son évaluation du risque.

2.2 L'absence de surprime ou exclusion de garantie sous réserve de déclaration des antécédents de santé pour les pathologies fixées par la grille de référence

La première grille de référence de pathologies est entrée en vigueur à la date de mise en ligne sur le site AERAS, le 4 février 2016. Cette grille de référence fixe, pour certaines pathologies cancéreuses et également pour d'autres types de pathologies, des délais au-delà desquels aucune majoration de tarifs ou d'exclusion de garantie ne sera appliquée, après examen des antécédents médicaux déclarés.

Lorsque votre projet remplit les critères définis au point 1, que vous ne remplissez pas déjà les conditions prévues au point 2.1 et que vous êtes affecté d'une pathologie mentionnée dans la grille de référence, **alors vous devez déclarer les informations relatives à votre état de santé à votre assureur mais l'assurance sera accordée dans des conditions standards.**

Vos droits : aucune surprime ou exclusion de garantie, liée à cette pathologie, ne vous sera appliquée si la date de fin du protocole thérapeutique remonte au-delà du délai fixé par la grille de référence pour la pathologie dont vous avez souffert .

3. Evolution du contenu de la grille de référence

La grille de référence de pathologies a vocation à recenser un nombre croissant de pathologies (pathologies cancéreuses et autres pathologies, notamment chroniques), au rythme du progrès médical et de l'accès aux données de santé nécessaires, pour lesquelles l'assurance sera accordée aux personnes qui en ont souffert ou en souffrent, dans des conditions standards ou se rapprochant des conditions standards.

Les mises à jour régulières de cette grille se feront en fonction des progrès thérapeutiques et des données de la science. Elles seront mises en ligne sur le site internet de la Convention AERAS, qui publie également le programme de travail AERAS.

En application de la loi de modernisation de notre système de santé la grille de référence de pathologies pourra également prévoir pour certaines pathologies, en fonction des progrès thérapeutiques, des données de la science et du progrès médical, des délais de "droit à l'oubli" inférieurs à ceux mentionnés au point 2.1 a et au point 2.1 b.

Pour plus de renseignements sur ce sujet, vous êtes invités à consulter la rubrique "Droit à l'oubli" sur le site internet officiel de la Convention AERAS : www.aeras-infos.fr

LEXIQUE

(1) **Ce que l'on entend par "date de fin du protocole thérapeutique"** : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

(2) **Ce que l'on entend par "rechute"** : il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.

* L'âge limite (15 ans) et les délais de respectivement 5 et 15 ans étaient valables à compter de la signature de l'avenant à la Convention AERAS révisé à la suite de la mise en place du "droit à l'oubli" le 2 septembre 2015 et jusqu'à la publication de la loi de modernisation de notre système de santé le 27 janvier 2016.

En cas de doute, vous pouvez contacter par courrier le Médecin Conseil de l'Assureur - ORADEA VIE - 12 rue de Kerogan - 29335 QUIMPER Cedex ou bien vous faire aider de votre Médecin traitant.

Pour plus de simplicité, les questions entrant dans le cadre du droit à l'oubli et pour lesquelles vous n'avez pas à déclarer une ancienne pathologie cancéreuse sont signalées directement dans le questionnaire ci-dessous.

VOTRE QUESTIONNAIRE DE SANTE A COMPLETER

Vous devez répondre vous-même à l'ensemble des questions et vous êtes en droit de le faire à votre domicile. N'hésitez pas à prendre le temps de la réflexion afin d'apporter des réponses précises et exactes. L'article L113-2 du Code des Assurances fait obligation au candidat à l'assurance de répondre exactement aux questions posées par l'assureur qui sont de nature à lui faire apprécier les risques qu'il prend en charge. L'absence de réponse à au moins une question nous empêchera de statuer sur votre demande.

Pour respecter toute confidentialité médicale, ce questionnaire rempli et signé doit être adressé sous enveloppe avec la mention "confidentiel - secret médical" à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur - ORADEA VIE - 12 rue de Kerogan - 29335 QUIMPER Cedex.

ORADEA VIE vous informe de l'importance d'effectuer une copie de ce document et de la conserver pendant toute la durée du prêt.

ATTENTION : TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET NE POURRA ETRE ETUDIÉ ET VOUS SERA RETOURNÉ. LE QUESTIONNAIRE DE SANTE SIGNE EST VALABLE 6 MOIS POUR LE MEME NUMERO DE DOSSIER DE FINANCEMENT.

NOM : MERCURY **PRÉNOM :** LUC
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 17/09/1971 **N° De Dossier / Devis :** 65131722

Indiquez OBLIGATOIREMENT votre taille / poids / sexe :

Taille : cm Poids : kg Sexe : Masculin Féminin

Répondez aux questions suivantes N'oubliez pas de compléter et de transmettre les trois dernières pages de ce document.	Répondre de façon manuscrite par OUI ou NON	Si OUI, merci d'apporter les précisions demandées. Utiliser, si nécessaire, une feuille annexe
1. Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ?	_____	Si oui, pourquoi ? Depuis quand ?
2. Êtes-vous ou avez-vous été atteint au cours des 10 dernières années : - d'une maladie cardiaque ou vasculaire, - d'hypertension artérielle, - d'excès de cholestérol, - d'une affection neuro-psychique ou neurologique, - de dépression nerveuse, - d'épilepsie, - d'une affection respiratoire, - d'une tumeur*, - d'une affection hématologique (maladie de Hodgkin, lymphome, leucémie)*, * "Droit à l'oubli de certaines pathologies cancéreuses" applicable à cette question. Reportez-vous aux conditions détaillées en première et deuxième pages du présent questionnaire. - de diabète ou hyperthyroïdie, - d'une affection rénale, - d'une affection digestive (recto-colite hémorragique, maladie de Crohn, pancréatite), - d'une hépatite, - d'une affection des os ou des articulations, - d'une affection disco-vertébrale (y compris lombo-sciatique) ou rhumatismale, - d'une affection de quelque nature que ce soit (hormis affections saisonnières) ?	_____	Si oui, la ou lesquelles ? Quand (mois /année) ? Durée et traitement(s) suivi(s) :
3. Au cours des 10 dernières années, avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours consécutifs, sur prescription médicale pour raison de santé ?* * "Droit à l'oubli de certaines pathologies cancéreuses" applicable à cette question. Reportez-vous aux conditions détaillées en première et deuxième pages du présent questionnaire.	_____	Pourquoi ? Quand (mois /année) ? Durée ?

<p>7. Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (HIV), dont le résultat a été positif ?</p>	<p>_____</p>	<p>Vous devez répondre OUI à cette question seulement si le test a révélé la présence du(des) virus recherché(s) dans votre organisme</p> <p>Si oui, à quelle date ?</p> <p>.....</p> <p>Pour quelle sérologie ?</p> <p>.....</p>
<p>8. Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?</p>	<p>_____</p>	<p>Depuis quelle date ? :</p> <p>.....</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>.....</p> <p>À quel taux ou quelle catégorie ?</p> <p>.....</p> <p>Quel est l'organisme qui vous verse la prestation ?</p> <p>.....</p>
<p>8. (suite) Êtes-vous titulaire d'une allocation pour adulte handicapé (AAH) ?</p>	<p>_____</p>	<p>Depuis quelle date ? :</p> <p>.....</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>.....</p> <p>À quel taux ou quelle catégorie ?</p> <p>.....</p>
<p>9. Êtes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de Sécurité sociale au cours des 15 dernières années ?*</p> <p>* "Droit à l'oubli de certaines pathologies cancéreuses" applicable à cette question. Reportez-vous aux conditions détaillées en première et deuxième pages du présent questionnaire.</p>	<p>_____</p>	<p>Si oui : Pourquoi ?</p> <p>.....</p> <p>Quand (mois /année) ?</p> <p>.....</p> <p>Durée ?</p> <p>.....</p>

**Si vous avez répondu OUI à l'une des questions, merci d'apporter avec soin toutes les précisions demandées et joindre toute copie de document relative à votre santé.
Le médecin conseil de l'assureur se réserve le droit de vous demander tout justificatif complémentaire.**

Je soussigné(e), (Prénom - Nom) . LUC MERCURY déclare :

- avoir répondu à toutes les questions du présent questionnaire de santé de façon sincère et complète,
- être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, de ma part, qui pourrait induire en erreur l'Assureur dans l'appréciation du risque à garantir, et qui entraînerait la nullité de mon adhésion ou la réduction des indemnités conformément aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances,
- m'engager à signaler par courrier toute modification de mon état de santé qui surviendrait entre la date de signature du présent questionnaire et la date de prise d'effet des garanties,
- reconnaître avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel au Médecin Conseil de l'Assureur.

J'accepte que mes déclarations et données médicales personnelles soient transmises au Service Médical d'ORADEA VIE, de ses mandataires ou de ses réassureurs et soient **exclusivement utilisées pour le traitement du dossier, dans le strict respect du secret médical.**

Fait à le

Signature du candidat à l'assurance :

**Conservez une copie de votre Questionnaire de Santé avant de nous le renvoyer sous enveloppe avec la mention "CONFIDENTIEL - SECRET MÉDICAL" à :
ORADEA VIE - à l'attention du Médecin Conseil - 12 rue de Kerogan - 29335 QUIMPER Cedex.**

Le défaut de réponse aux questions peut avoir pour conséquence le non examen du dossier de la personne concernée.

PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Nécessaires à la gestion de votre contrat et de vos garanties, vos données de santé sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale.

En renseignant/complétant et en signant ce document, vous acceptez que les données de santé vous concernant :

- soient collectées et traitées afin de vérifier que vous remplissez les conditions d'adhésion à l'offre d'assurance, de calculer votre tarif, de lutter contre la fraude, étudier votre demande de mise en jeu des garanties souscrites.
- soient transmises au Médecin conseil et son service médical ou aux personnes internes ou externes spécifiquement habilitées (notamment nos délégués ou experts médicaux).

Des informations détaillées sur le traitement de vos données (finalités, exercice de vos droits, durées de conservation, destinataires) figurent dans votre notice d'information.

Assurance des Emprunteurs

NOTICE D'INFORMATION VERSION D'OCTOBRE 2018

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.

Assurance des Emprunteurs ORADEA VIE n°90.264 est un contrat d'assurance collective sur la vie à adhésion facultative souscrit par l'association APOGEE au profit de ses membres, auprès de la société d'assurance ORADEA VIE ci-après dénommée l'Assureur, entreprise régie par le Code des assurances.
Autorité chargée du contrôle : ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

OBJET DE L'ADHÉSION À L'ASSURANCE DES EMPRUNTEURS ORADEA VIE	2	COTISATION D'ASSURANCE	10
		10. Coût de l'assurance	10
		11. Modification du coût de l'assurance	11
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	12
3. Date d'effet, durée et cessation	4	14. Loi applicable - réclamation - tribunaux compétents - Fonds de garantie	12
4. Changements en cours d'adhésion	5	15. Protection des données personnelles	12
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 tierce expertise	10		

OBJET DE L'ADHÉSION À L'ASSURANCE DES EMPRUNTEURS ORADEA VIE

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.

L'offre contractuelle définie dans la notice d'information est valable pendant la durée de validité de l'offre de prêt. Le lieu de conclusion du contrat est réputé être le lieu du siège social de l'Assureur.

.....
3 FORMULES DE GARANTIES SELON VOS BESOINS ET UNE OPTION VOUS SONT PROPOSÉES
.....

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.

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 Assurance des Emprunteurs ORADEA VIE n°90.264 sont régis par le droit français.

ADHÉSION ET MODALITÉS

1. Conditions d'admission à l'assurance

Tout emprunteur, co-emprunteur ou caution d'un ou plusieurs Prêts, étant expatrié français, résident fiscal français, ou résident fiscal d'un Etat faisant partie de l'Espace Economique Européen,

de la Principauté de Monaco ou de Suisse, candidat à l'assurance, peut demander à adhérer au contrat Assurance des Emprunteurs ORADEA VIE 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	<ul style="list-style-type: none"> ■ Etre résident fiscal français ou expatrié français ou ■ Être résident fiscal : <ul style="list-style-type: none"> - de Suisse, - d'un Etat membre de l'Espace Économique Européen, - de la Principauté de Monaco. 	Satisfaire aux Formalités Médicales demandées par l'Assureur
Formule 2 (Décès/PTIA - IPT/ITT/ITP) Formule 3 (Décès/PTIA -IPT/ITT/ITP/IPP) Option Zen	Plus de 18 ans et moins de 65 ans	Être résident fiscal français ou expatrié français	

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

LA SURPRIME EST UNE MAJORATION DE VOTRE COTISATION D'ASSURANCE POUR RISQUES MÉDICAUX OU SPÉCIAUX

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 l'Assuré 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 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 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'ORADEA 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.

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 :

*LA QUOTITÉ EST LE POURCENTAGE DU PRÊT QUE VOUS SOUHAITEZ ASSURER LORS DE L'ADHÉSION. CELLE-CI DOIT ÊTRE AU MINIMUM ÉGALE À 100%.
EXEMPLE : LORSQU'IL Y A 2 EMPRUNTEURS, LES QUOTITÉS CHOISIES PEUVENT ÊTRE 60% ET 40%.*

- 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 à l'Adhérent, ou en cas de Décès, 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 assurée, 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, ou en cas de Décès, au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) à la Demande d'Adhésion.

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.

*AVANTAGE PRODUIT : COUVERTURE DÉCÈS ACCIDENTEL PENDANT LA PÉRIODE D'ACCOMPLISSEMENT DE VOS FORMALITÉS MÉDICALES**

** SOUS RÉSERVE DES EXCLUSIONS ÉNONCÉES À L'ART.7*

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 : ORADEA VIE - QP/ADE - À l'attention du Médecin-Conseil - Service médical - 12 rue de Kerogan - CS 44012 - 29335 QUIMPER Cedex.

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 PTIA, au 31/12 qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré, et pour la garantie Décès, au 31/12 qui suit le 80^{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 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, en faisant la demande auprès de l'Assureur, par lettre recommandée (le cachet de la Poste faisant foi), 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 : ORADEA VIE - QP/ADE - 12 rue de Kerogan - CS 44012 - 29335 QUIMPER CEDEX.

Cas particulier :

En cas de dissolution de l'Association ou de résiliation du contrat Assurance des Emprunteurs ORADEA VIE n°90.264 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 avec demande d'avis de réception à : ORADEA VIE - QP/ADE - 12 rue de Kerogan - CS 44012 - 29335 QUIMPER CEDEX.

La lettre sera rédigée par exemple selon le modèle suivant :

"Je vous informe que je renonce à mon adhésion au contrat d'assurance n°90.264, 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 de renonciation met fin à l'adhésion au contrat.

Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Assuré. Ainsi, les frais d'envois 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'Assuré, et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

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 ou de consommation de tabac. Il en est de même pour tout changement d'activité professionnelle ou modification des conditions d'exercice de celle-ci.

POUR MÉMOIRE :

PENSEZ-BIEN À NOUS INFORMER EN CAS DE CHANGEMENT DE VOTRE SITUATION (DOMICILE, CONSOMMATION DE TABAC...)

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 euros (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.

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

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

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

AVANTAGE OPTION : L'OPTION ZEN AMÉLIORE VOTRE PRISE EN CHARGE EN CAS D'AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES ET/OU DORSALES

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'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 des échéances venant au terme de la franchise choisie et ce, pendant la durée justifiée de l'incapacité limitée à 1 095 jours.

LA FRANCHISE EST LE NOMBRE MINIMUM DE JOURS CONSÉCUTIFS D'ARRÊT DE TRAVAIL AU-DELÀ DUQUEL VOTRE PRISE EN CHARGE EST SUSCEPTIBLE DE DÉBUTER

Si l'Assuré n'exerce pas d'activité professionnelle la veille du sinistre, l'Assureur prend en charge le paiement de 50% des échéances venant au terme de la franchise choisie et ce, pendant la durée justifiée de l'incapacité limitée à 1 095 jours.

LA FRANCHISE EST LE NOMBRE MINIMUM DE JOURS CONSÉCUTIFS D'ARRÊT DE TRAVAIL AU-DELÀ DUQUEL VOTRE PRISE EN CHARGE EST SUSCEPTIBLE DE DÉBUTER

■ 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, pendant la durée justifiée de l'incapacité limitée à 180 jours.

AVANTAGE PRODUIT : LA COUVERTURE EN CAS D'INCAPACITÉ EST AUSSI PROPOSÉE AUX INACTIFS AU MOMENT DU SINISTRE

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

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

POUR MÉMOIRE : N'OUBLIEZ PAS DE CHOISIR VOTRE DURÉE DE FRANCHISE LORS DE VOTRE ADHÉSION 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, quelque soit l'origine de la Maladie ou de l'Accident.

VOUS NE SUBISSEZ PAS UNE NOUVELLE APPLICATION DE LA FRANCHISE SI VOUS ÊTES VICTIME D'UNE RECHUTE AYANT POUR ORIGINE LA MÊME MALADIE OU LE MÊME ACCIDENT ET SURVENANT MOINS DE 6 MOIS APRÈS LA FIN DE LA PREMIÈRE PÉRIODE DE PRISE EN CHARGE

■ 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 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.

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%

PAR EXEMPLE : SI VOTRE TAUX D'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE EST DE 70% ET VOTRE TAUX D'INCAPACITÉ PROFESSIONNELLE DE 40%, VOTRE TAUX DE PRISE EN CHARGE SERA DE $(58,09-33)/33 = 76\%$

(1) Le taux d'incapacité professionnelle tient compte de la profession exercée, 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.

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 total, in fine partiel 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.

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.

LA PRATIQUE RÉGULIÈRE ET/OU LA COMPÉTITION À TITRE AMATEUR DE VOS ACTIVITÉS SPORTIVES SONT COUVERTES (SAUF EXCLUSIONS PRÉVUES À L'ARTICLE 7.2). PENSEZ À LES DÉCLARER À L'ASSUREUR LORS DE VOTRE ADHÉSION

6.6. Montant maximal et cumul des garanties

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

Le montant maximal des mensualités prises en charge par l'Assureur est égal à **5 000 euros (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 la 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

*PENDANT VOTRE ARRÊT DE TRAVAIL,
VOUS NE PAYEZ PAS DE COTISATION D'ASSURANCE*

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 bénéficiaire 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 L341-4 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 (sauf sur les exclusions de pathologies)**, sont identiques à celles définies pour la garantie Invalidité Permanente Totale (IPT) à l'exception 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.

La garantie accordée ne comporte aucune exclusion liée à une pathologie ou des accidents et maladies dont la première constatation médicale est antérieure à la date de signature de la demande d'adhésion.

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 sur le questionnaire de santé et 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.**

.....
SI VOUS AVEZ ÉTÉ ATTEINT D'UN CANCER, VOUS BÉNÉFICIEZ, SOUS CERTAINES CONDITIONS, DU DROIT DE NE PAS LE DÉCLARER (CONDITIONS DÉTAILLÉES EN PREMIÈRE PAGE DU FORMULAIRE DE DÉCLARATION DU RISQUE)
.....

- **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 assimilé en vigueur à la date du sinistre, ou était sous l'emprise de stupéfiants ou de toute substance médicamenteuse à des doses non prescrites médicalement ;**
- **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 et les rallyes ;
- **dans la catégorie des sports de combats**, les activités sportives suivantes : la boxe et le full contact ;
- **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 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, la spéléologie et le hockey sur gazon.

Toutefois, la pratique à titre amateur d'une ou de plusieurs de ces activités sportives peut faire l'objet d'une levée d'exclusion 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 R132-5 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 tentative de suicide ;
- 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 Partielle 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 d'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 Temporaire Totale ou Partielle ou d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

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 conditions d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale.

	Formule 2 ou 3	Option Zen
Couverture des affections psychiatriques	Condition d'hospitalisation minimales de 5 ou 9 jours	Couvert sans condition d'hospitalisation
Couverture des affections dorsales	Condition d'hospitalisation minimales de 5 ou 9 jours ou intervention chirurgicale	Couvert sans condition d'hospitalisation ni d'intervention chirurgicale

- 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.
- de manifestations secondaires liées à l'abus d'alcool, d'usage de drogues ou de médicaments à doses non prescrites médicalement ;
- 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. A 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 :

IPT ou IPP	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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"> ■ 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

QP/ADE - À l'attention du Médecin Conseil - Service Médical
12 rue de Kerogan - CS 44012 - 29335 QUIMPER Cedex

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 tierce 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.

Dans le cas d'un sinistre, si l'Assuré conteste par écrit la décision de l'expert commis par l'Assureur, il pourra faire effectuer une contre-expertise, à ses propres frais, par le médecin de son choix et en communiquer les conclusions au Médecin Conseil de l'Assureur sous pli confidentiel. Si un désaccord subsiste, une tierce expertise à frais communs devra intervenir. Les 2 experts doivent désigner d'un commun accord, un 3^{ème} médecin expert pour les départager, et à défaut d'entente, la désignation est faite, à la requête de la partie la plus diligente, par le président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré. Chaque partie règle les honoraires de son médecin, ceux du 3^{ème} médecin ainsi que tous les frais relatifs à sa nomination sont supportés moitié par l'Assureur d'une part, et moitié par l'Assuré d'autre part.

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 L 141-3 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 ORADEA VIE.

11. Modification du coût de l'assurance

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

14. Loi applicable - Réclamation - Tribunaux Compétents - Fonds de garantie

Les informations précontractuelles, le contrat et son interprétation sont régis par la loi française. Les parties s'engagent à utiliser la langue française durant leurs relations précontractuelles et contractuelles.

Toute réclamation est à adresser à l'adresse suivante : ORADEA VIE - QP/ADE - 12 rue de Kerogan - CS 44012 - 29335 QUIMPER Cedex. 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

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.

Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.

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).

15. Protection des données personnelles

Ce paragraphe a pour objectif d'informer l'Assuré de la manière dont ses 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.

15.1. 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'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 ;

Les données de l'Assuré sont également traitées pour répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur telles que la lutte contre le blanchiment.

Pour apporter à l'Assuré les meilleurs services et continuer de les améliorer, nous traitons les données de l'Assuré 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 les données de l'Assuré pour lui 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. L'Assuré peut s'y opposer à tout moment ou modifier ses 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.

15.2. Qui peut accéder à vos données ?

Les données personnelles de l'Assuré 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 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 concernant l'Assuré 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, ministères concernés, 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.

15.3. Dans quels cas transférons-nous vos données hors de l'union européenne ?

Les données nécessaires à l'exécution du 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 des données de l'Assuré 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.

15.4. 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.

15.5. Quels sont vos droits ?

L'Assuré dispose d'un droit :

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

L'Assuré peut également :

- définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données à caractère personnel après son décès,
- retirer son consentement si le traitement de ses 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.

L'Assuré bénéficie du droit de s'opposer :

- pour des raisons tenant à sa situation particulière, à ce que des données à caractère personnel le concernant fassent l'objet du traitement que nous mettons en œuvre. Dans cette hypothèse, le caractère particulier de sa situation devra être clairement argumenté.
- sans avoir à motiver sa demande, à ce que ses données soient utilisées ou transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale.
- à des opérations de prospection par téléphone en s'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. Il ne pourra 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 son 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 remercions l'Assuré d'indiquer clairement le droit qu'il souhaite exercer ainsi que tout élément facilitant votre identification (numéro d'assuré/d'adhérent, numéro de contrat).

L'Assuré a 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>

15.6. Dispositions spécifiques aux enregistrements téléphoniques

ORADEA VIE pourra procéder à l'enregistrement des conversations et des échanges de l'Assuré 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 l'Assuré souhaite 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 Orléans Cedex 1.

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 : ORADEA VIE - QP/ADE - 12 RUE DE KEROGAN - CS 44012 - 29335 QUIMPER CEDEX, TEL : 08 10 90 11 95.

APOGÉE - ASSOCIATION POUR L'OPTIMISATION ET LA GESTION DE L'ÉPARGNE-RETRAITE. ASSOCIATION RÉGIE PAR LA LOI DU 1^{er} 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'Assurance des Emprunteurs ORADEA VIE.
- **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.
- **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.
- **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.
- **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 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.
- **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.
- **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.

ENVELOPPE MÉDECIN CONSEIL

Pour respecter toute confidentialité médicale, votre questionnaire de santé rempli et signé doit être adressé sous enveloppe avec la mention "confidentiel - secret médical" à ORADEA VIE – À l'attention du Médecin Conseil – 12 rue de Kerogan – 29335 QUIMPER Cedex.

Pour renvoyer votre questionnaire de santé, nous vous proposons :

- de recopier la mention : "**confidentiel - secret médical**" et l'adresse suivante : "**ORADEA VIE – À l'attention du Médecin Conseil – 12 rue de Kerogan – 29335 QUIMPER Cedex**" - sur l'enveloppe de votre choix ;
- ou d'imprimer l'étiquette ci-dessous à coller sur l'enveloppe de votre choix



- ou d'imprimer le modèle d'enveloppe en page suivante à plier, scotcher et affranchir avec les explications ci-dessous :

Comment procéder au pliage de mon enveloppe ?

1. Plier les bords de la feuille dans le sens de la longueur en suivant les traits pointillés.
Attention : les rabats doivent se trouver au dos de l'adresse après le pliage.
2. Plier la feuille en deux moitiés en suivant les traits pointillés.
3. Plier le haut de la feuille en suivant les traits pointillés.
Attention : le rabat doit se trouver au dos de l'adresse après le pliage.
4. Insérer votre questionnaire de santé dans l'enveloppe.
5. Scotcher et poster.
N'oubliez pas d'affranchir votre enveloppe.

3

EXPÉDITEUR :

1

1

Affranchir
au tarif
en vigueur

CONFIDENTIEL

ORADEA VIE

À l'attention du Médecin Conseil
12 rue de Kerogan
29335 QUIMPER Cedex

2

APOGEE

Association régie par La loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901
Tour SOCIETE GENERALE - 17 Cours Valmy - 92972 PARIS LA DEFENSE CEDEX

STATUTS

Mise à jour : le 4 juillet 2017

TITRE I - CONSTITUTION - OBJET - SIÈGE SOCIAL - DURÉE

ARTICLE 1 - CONSTITUTION ET DENOMINATION

Il est fondé entre les personnes qui auront adhéré aux présents statuts une Association dénommée ASSOCIATION POUR L'OPTIMISATION ET LA GESTION DE L'EPARGNE RETRAITE (A.P.O.GE.E.) régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et par le Décret du 16 août 1901.

ARTICLE 2 - OBJET

L'Association a pour objet :

- de promouvoir le développement de l'épargne retraite volontaire, de la prévoyance et de la santé, en permettant à ses membres de bénéficier des contrats collectifs souscrits auprès du Groupe SOGECAP et de participer à leur gestion dans le cadre d'une convention de gestion paritaire,
- d'informer, de conseiller tous ses membres dans le domaine des Régimes de Retraite et de la Prévoyance des personnes en général,
- d'entreprendre toutes actions et initiatives pouvant aider à mieux faire connaître aux adhérents les données économiques et financières liées à la constitution et à la préservation du patrimoine en vue de la retraite.

ARTICLE 3 - SIEGE

Le Siège de l'Association est fixé à la Tour SOCIETE GENERALE - 17 cours Valmy - 92972 PARIS LA DEFENSE CEDEX (commune de PUTEAUX). Il pourra être transféré sur simple décision du Conseil d'Administration, sous réserve de ratification de cette décision par la plus proche Assemblée Générale. En cas de transfert par le Conseil d'Administration ce dernier est habilité à modifier les statuts en conséquence.

ARTICLE 4 - DUREE

L'Association est constituée pour une durée indéterminée ; elle prend fin en cas notamment de dissolution volontaire, statutaire, ou judiciaire.

ARTICLE 5 - LES MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Seules peuvent être membres de l'Association les personnes qui ont adhéré aux contrats collectifs souscrits par l'Association auprès du Groupe SOGECAP, garantissant notamment des prestations à partir de l'âge normal de la retraite, et qui sont à jour de leur cotisation.

Par exception, sont également membres de l'Association les personnes dont l'adhésion a été décidée par le Conseil d'Administration en raison de leurs compétences particulières dans le domaine de l'assurance. Ces membres seront exonérés de droit d'entrée.

ARTICLE 6 - PERTE DE LA QUALITE DE MEMBRE

La qualité de membre se perd :

- par décès,
- par démission,
- par renonciation à l'adhésion au contrat collectif de retraite ou par rachat total, ces opérations valant démission,
- pour toute cause d'exclusion du contrat d'assurance,
- par radiation prononcée pour non-paiement de la cotisation à l'Association ou pour motif grave par décision du Conseil d'Administration.

ARTICLE 7 - DROIT D'ENTREE ET COTISATION A L'ASSOCIATION

Le droit d'entrée dans l'Association et la cotisation annuelle dus par chaque membre sont fixés annuellement par l'Assemblée Générale. L'Assemblée peut décider, pour une année donnée, de ne pas prélever de cotisation annuelle.

Les personnes dont l'adhésion a été décidée par le Conseil d'Administration en raison de leurs compétences particulières dans le domaine de l'assurance n'en sont pas redevables.

Pour le premier exercice de l'Association, le droit d'entrée est fixé par le Conseil.

ARTICLE 8 - RESPONSABILITES DES MEMBRES

Aucun membre de l'Association n'est personnellement responsable des engagements contractés par elle ; seul en répond le patrimoine de l'Association.

TITRE II - ADMINISTRATION ET FONCTIONNEMENT DE L'ASSOCIATION

ARTICLE 9 - CONSEIL D'ADMINISTRATION

L'Association est administrée par un Conseil d'Administration comprenant au moins six membres et au plus quinze membres nommés pour une durée de quatre années. Les membres du Conseil sont nommés par l'Assemblée Générale ; ils sont choisis parmi les membres de l'Association.

Le Conseil d'Administration peut également procéder à des nominations à titre provisoire en cas de vacance par décès ou par démission d'un ou plusieurs membres entre deux Assemblées des adhérents, sauf si le nombre de membres restants est inférieur au minimum exigé par le présent article.

Cette nomination provisoire devra être ratifiée par la plus proche Assemblée des adhérents.

Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés.

A défaut de ratification par l'Assemblée des adhérents, les délibérations et les actes accomplis par le Conseil depuis la nomination provisoire n'en demeureront pas moins valables.

Le Conseil se renouvelle par tiers tous les deux ans. Les membres sortants sont indéfiniment rééligibles. L'ordre de sortie est déterminé par tirage au sort et ensuite d'après l'ancienneté des nominations.

Toute personne âgée de 18 ans au moins et de 90 ans au plus le jour de l'élection, membre de l'Association, à jour de son droit d'entrée et de ses cotisations peut être nommée en qualité de membre du Conseil d'Administration.

Nul ne peut être membre du Conseil d'Administration de l'Association, ni directement ou indirectement ou par personne interposée, administrer diriger ou gérer à titre quelconque l'Association, ni disposer du pouvoir de signer pour le compte de l'Association s'il a fait l'objet d'une des condamnations ou mesures mentionnées aux 1° à 5° de l'article L.322-2 du Code des assurances.

Le Conseil d'Administration est composé pour plus de la moitié, de membres ne détenant ou n'ayant détenu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance signataire du contrat d'assurance de groupe, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ce même organisme.

Le Conseil d'Administration élit chaque année parmi ses membres, un Bureau comprenant : un Président, un Vice-président, un Secrétaire Général, un Trésorier. Les membres du Bureau sortant sont indéfiniment rééligibles. Le Conseil peut se faire assister de secrétaires administratifs adhérents ou non à l'Association.

ARTICLE 10 - REUNION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration se réunit aussi souvent que l'intérêt de l'Association l'exige et au moins une fois par an sur convocation de son Président ou d'au moins le tiers de ses membres. La convocation pourra être effectuée, par tous moyens à sa convenance dès lors qu'elle respectera un délai raisonnable eu égard au domicile des membres du conseil et du lieu de réunion.

La réunion a lieu au siège social de l'Association ou en tout autre endroit indiqué sur les convocations.

Les réunions du Conseil d'Administration sont présidées par le Président ou, à défaut, par un membre choisi par le Conseil d'Administration en début de séance.

Le Conseil d'Administration peut inviter à participer à ses travaux, avec voix consultative, toute personne dont la compétence et les connaissances peuvent présenter un intérêt particulier en fonction des sujets traités.

Un procès-verbal est établi à chaque réunion du Conseil d'Administration ; il doit être signé par le Président et au moins un membre du Conseil d'Administration. Un registre de présence à ces réunions est également tenu.

Les procès-verbaux et le registre de présence sont conservés sous la responsabilité du Président du Conseil d'Administration.

Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié des Administrateurs est présente ou représentée.

Après 2 absences consécutives sans motif reconnu valable par le Conseil d'Administration, l'Administrateur est réputé démissionnaire.

Un membre peut être représenté par tout autre membre muni d'un pouvoir établi sur papier libre.

Un membre du Conseil ne peut disposer que de deux pouvoirs au maximum.

Les décisions du Conseil sont prises à la majorité des Administrateurs présents ou représentés. En cas d'égalité, la voix du Président est prépondérante.

ARTICLE 11 - REMUNERATION

Les fonctions d'Administrateur sont exercées gratuitement.

Toutefois, les frais et débours occasionnés par l'accomplissement de leur mandat leur sont remboursés au vu des pièces justificatives.

Le Conseil d'Administration pourra également décider d'allouer, dans les limites fixées par l'Assemblée Générale, des indemnités et avantages au titre de membre du Conseil à ses Administrateurs.

Le rapport de gestion présenté à l'Assemblée Générale devra faire mention du montant des remboursements de frais effectués aux Administrateurs ainsi que du montant des éventuels indemnités et avantages alloués conformément à l'alinéa précédent.

ARTICLE 12 - POUVOIRS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration est investi d'une manière générale des pouvoirs les plus étendus pour agir au nom de l'Association pour faire autoriser et surveiller tous les actes se rapportant à l'objet et au but de l'Association, à son fonctionnement et, en particulier, ceux qui ne sont pas du ressort de l'Assemblée Générale.

Le Conseil approuve la (ou les) convention(s) de gestion paritaire relative(s) aux contrats collectifs d'assurance de type associatif. Il désigne ceux de ses membres composant la (ou les) commission(s) de gestion paritaire, lesdits membres devant lui rendre compte mais ne disposant pas du pouvoir de décision.

Il prend toute décision concernant l'application de la (ou des) convention(s) de gestion paritaire. Il ne peut toutefois résilier cette (ces) convention(s) que sur autorisation préalable de l'Assemblée Générale Extraordinaire.

Il surveille la gestion des membres du Bureau et se fait rendre compte de leurs actes.

Il peut faire toute délégation de pouvoir au Président ou à un membre du Bureau.

Le Conseil peut également donner pouvoir à un tiers ou à un membre sur des questions bien déterminées.

Le Conseil d'Administration, indépendamment du pouvoir de contrôle et de surveillance, peut faire toute proposition se rapportant à l'objet et au but de l'Association.

ARTICLE 13 - FONCTIONS ET POUVOIRS DU PRESIDENT - DU VICE-PRESIDENT - DU SECRETAIRE GENERAL ET DU TRESORIER

Le Bureau est spécialement investi des attributions suivantes :

1. Le Président dirige les travaux du Conseil d'Administration et assure le fonctionnement de l'Association qu'il représente en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il est investi de tous pouvoirs à cet effet. En cas d'empêchement, il peut déléguer ses pouvoirs à un autre Administrateur et plus particulièrement au Vice-président. Il préside toutes les Assemblées.
2. Le Vice-président peut, en cas d'empêchement du Président, se voir déléguer les pouvoirs de celui-ci. Dans ce cas, il occupe temporairement les fonctions du Président. Il peut également déléguer ses pouvoirs à un autre Administrateur. En l'absence de délégation de pouvoirs du Président, le Vice-président a les mêmes droits, devoirs et pouvoirs que les autres Administrateurs.
3. Le Secrétaire Général est chargé de la correspondance, notamment l'envoi des diverses convocations. Il rédige les procès-verbaux des délibérations (Bureau, Conseil d'Administration, Assemblée Générale des adhérents) et les transcrit sur les registres. Il assure l'exécution des formalités prescrites par la loi.
4. Le Trésorier est chargé de la gestion du patrimoine propre de l'Association et de la tenue des comptes. Il perçoit les recettes et effectue les paiements sous le contrôle du Président. Il rend compte chaque année de sa gestion à l'Assemblée Générale qui statue sur les comptes.

Les fonctions de membres du Bureau ne peuvent pas faire l'objet d'une rémunération sous quelque forme que ce soit.

ARTICLE 14 - DISPOSITIONS COMMUNES POUR LA TENUE DES ASSEMBLEES GENERALES

Les Assemblées Générales se composent de tous les membres de l'Association, à jour de leur droit d'entrée et de leur cotisation.

Les Assemblées se réunissent sur convocation du Président de l'Association, ou sur la demande d'au moins un tiers de ses membres. Dans ce dernier cas, les convocations à l'Assemblée doivent être adressées dans les huit jours du dépôt de la demande et l'Assemblée doit être tenue dans les trente jours suivant leur envoi.

L'Assemblée Générale peut délibérer sur une ou plusieurs résolutions proposées par le dixième des adhérents au moins, ou par cent adhérents si le dixième est supérieur à cent.

La ou les résolutions proposées par le groupe d'adhérents doivent être adressées au Président du Conseil d'Administration, par lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse du siège social de l'Association.

Le délai minimal séparant la date de réception par le Conseil d'Administration d'une proposition de résolution émanant de ces adhérents, de la date de vote de cette résolution par l'Assemblée Générale ne peut être inférieur à soixante jours.

Les convocations doivent mentionner obligatoirement l'ordre du jour prévu et fixé par les soins du Conseil d'Administration et contenir le projet de résolutions arrêté par ce dernier ou préciser l'adresse internet où ils pourront être consultés.

Elles sont faites un mois au moins à l'avance selon les modalités fixées par le Conseil d'Administration, par publication sur internet, dans un journal à diffusion nationale, par courriel à la dernière adresse électronique communiquée par l'adhérent ou par lettre individuelle adressée à tous membres qui en ferait expressément la demande.

L'information de la date de publication de cette convocation ainsi du support sur lequel elle aura lieu devra être portée à la connaissance de chaque adhérent de l'Association par tous moyens.

Seules seront valables les résolutions prises par l'Assemblée Générale sur les points inscrits à son ordre du jour ou proposés par la majorité des 2/3 des membres présents ou représentés.

La Présidence de l'Assemblée Générale appartient au Président du Conseil, ou en son absence au Vice-président, l'un et l'autre pouvant déléguer ses fonctions à un autre Administrateur. A défaut, l'Assemblée élit elle-même son Président.

Le Bureau de l'Assemblée est celui de l'Association.

Le Bureau désigne le secrétaire de séance qui peut être choisi parmi ou en dehors des membres de l'Association.

Les fonctions de scrutateurs sont remplies par les membres de l'Association acceptant cette fonction.

Les délibérations sont constatées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signés par le Président et le secrétaire de séance.

Les procès-verbaux sont tenus à disposition des adhérents au siège social de l'Association et peuvent leur être adressés sur simple demande écrite.

Chaque adhérent détient un droit de vote à l'Assemblée pour lequel il peut donner mandat à un autre adhérent ou à son conjoint. Les mandataires pourront eux-mêmes remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés à d'autres mandataires ou adhérents. Une même personne ne peut cependant ainsi disposer de pouvoirs représentant plus de 5% des droits de vote.

Le mandat donné vaut pour une seule Assemblée ou pour deux Assemblées - Ordinaire et Extraordinaire - se tenant le même jour. Le mandat donné pour une Assemblée, lorsque le quorum n'est pas atteint, est également valable pour l'Assemblée suivante se tenant sur le même ordre du jour.

Le vote par correspondance ou par voie électronique pourra être autorisé par une décision du Conseil d'Administration. Dans ces cas, les modalités du vote seront décrites dans la convocation à l'Assemblée.

Il est tenu une feuille de présence qui est signée par chaque membre présent et certifiée conforme par le Bureau de l'Assemblée.

Dans la limite des pouvoirs qui leur sont conférés par les présents statuts, les Assemblées obligent par leurs décisions tous les membres y compris les absents.

ARTICLE 15 - ASSEMBLEE GENERALE ORDINAIRE

L'Assemblée Générale Ordinaire de l'Association est convoquée au moins une fois par an, dans les conditions prévues à l'article 14 des présents statuts.

L'Assemblée entend le rapport de la gestion du Conseil d'Administration comprenant un point sur la situation financière de l'Association.

L'Assemblée, après avoir délibéré et statué sur ce rapport, approuve les comptes de l'exercice clos, et délibère sur toutes les autres questions figurant à l'ordre du jour.

Elle fixe le montant de la cotisation annuelle et du droit d'entrée à verser par les membres de l'Association.

Elle pourvoit au renouvellement des membres du Conseil d'Administration dans les conditions prévues à l'Article 9 des présents statuts.

Elle autorise également la modification des dispositions essentielles à apporter aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association à savoir :

1. La définition des garanties offertes ;
2. La durée du contrat ;
3. Les modalités de versement des primes ;
4. Les frais et indemnités de toute nature prélevés par l'entreprise d'assurance, à l'exception des frais pouvant être supportés par une unité de compte ;
5. Le taux d'intérêt garanti et la durée de cette garantie, les garanties de fidélité et les modalités de calcul et d'attribution de la participation aux bénéficiaires ;
6. La liste des supports en unités de compte, sauf lorsque la modification est autorisée ou prévue par le contrat ;
7. Les conditions dans lesquelles la liste des supports en unités de compte peut évoluer ;
8. Les modalités de rachat, de transfert ou de versement des prestations du contrat ;
9. La faculté de procéder à des avances consentie par l'entreprise d'assurance.

Elle peut déléguer au Conseil d'Administration, pour une durée ne pouvant excéder 18 mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants visant à modifier les dispositions considérées comme non essentielles des contrats souscrits par l'Association, conformément à l'article R 141-6 du Code des assurances, et ce sous réserve de rendre compte à la plus proche Assemblée de l'exercice de cette faculté.

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si mille adhérents ou un trentième des adhérents au moins sont présents, représentés ou ont fait usage de leur faculté de vote par correspondance ou par voie électronique.

Si lors de la première convocation, l'Assemblée n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de ses adhérents présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance.

Les décisions de l'Assemblée Générale Ordinaire sont adoptées à la majorité des votes exprimés.

Toutes les délibérations sont prises à main levée. Toutefois, si le Bureau ou le quart au moins des membres présents l'exige, les votes sont émis au scrutin secret.

Pour l'élection des membres du Conseil d'Administration, le vote à bulletin secret est obligatoire.

ARTICLE 16 - ASSEMBLEE GENERALE EXTRAORDINAIRE

Elle est convoquée dans les conditions prévues à l'article 15 des présents statuts.

L'Assemblée Générale de l'Association est convoquée à titre Extraordinaire pour statuer sur les questions qui sont de sa seule compétence :

- les modifications à apporter aux statuts,
- la résiliation de la convention de gestion paritaire,
- ainsi que les opérations de fusion ou de dissolution.

Les décisions sont prises obligatoirement à la majorité des deux tiers des membres présents ou représentés.

Les votes ont lieu à main levée, sauf si le Bureau ou le quart au moins des membres présents exige le vote à bulletin secret.

ARTICLE 17 - RESSOURCES DE L'ASSOCIATION

Les droits d'entrée, les cotisations annuelles des adhérents, les subventions et les éventuels dons constituent les ressources de l'Association.

ARTICLE 18 - EXERCICE SOCIAL - COMPTABILITE

L'exercice social de l'Association est clos au 31 décembre de chaque année.

Les mouvements d'espèces et de titres sur les comptes de l'Association sont effectués sous la responsabilité du Président de l'Association ou, le cas échéant, de son Trésorier.

ARTICLE 19 - COMPTES ANNUELS

Les comptes annuels de l'Association arrêtés par le Conseil d'Administration, certifiés par le Commissaire aux Comptes et établis selon les règles fixées par un règlement de l'Autorité des normes comptables, sont approuvés par l'Assemblée Générale sur le rapport de ce même Commissaire aux Comptes.

ARTICLE 20 - COMMISSAIRE AUX COMPTES

L'Assemblée Générale de l'Association nomme un Commissaire aux Comptes titulaire et un suppléant, choisis sur la liste mentionnée à l'article L.822-1 du Code de commerce et qui

exercent leurs fonctions dans les conditions prévues au sixième alinéa de l'article L.612-1 de ce même Code.

Les Commissaires aux Comptes sont investis des fonctions et des pouvoirs que leur confère la loi. Ils certifient notamment que les comptes annuels sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle du résultat des opérations ainsi que de la situation financière et du patrimoine de l'Association.

Les Commissaires aux Comptes sont nommés pour six exercices. Ils sont indéfiniment rééligibles.

ARTICLE 21 - DISSOLUTION - DEVOLUTION DES BIENS

La dissolution de l'Association ou sa cessation d'activité est prononcée par l'Assemblée Générale de l'Association convoquée spécialement à cet effet, à titre Extraordinaire.

Cette Assemblée désignera un ou plusieurs liquidateurs pour assurer les opérations de liquidation.

En aucun cas les membres de l'Association ne pourront se voir attribuer, en dehors de la reprise de leurs apports, une part quelconque des biens de l'Association.

L'actif net subsistant sera attribué obligatoirement à une ou plusieurs autres Associations poursuivant des buts similaires et qui seront nommément désignées par l'Assemblée Générale Extraordinaire.