

**ORADEA VIE**

12 rue de Kerogan  
29335 QUIMPER CEDEX  
Tél : 0810 90 11 95  
Fax : 02 98 76 53 78

Monsieur MERCURY LUC  
11 impasse vercors

84000 AVIGNON

Orléans, le 21/11/2019

**Assuré : MERCURY LUC**

À indiquer dans vos correspondances :  
N° de devis 65131722 / Contrat : 90264



Monsieur,

Nous faisons suite à notre échange et avons le plaisir de vous envoyer les documents correspondant à votre étude personnalisée d'assurance de prêt :

- votre Proposition tarifaire d'assurance
- la Fiche Standardisée d'Information
- votre Demande d'Adhésion
- votre Questionnaire de Santé
- la Notice d'Information du contrat proposé

Nous vous invitons à compléter, signer et à nous renvoyer au plus tôt votre Demande d'Adhésion et la Fiche Standardisée d'Information à **ORADEA VIE QP/ADE - A l'attention du Médecin Conseil - Service Médical - 12 rue de Kerogan - CS 44 012 - 29335 - QUIMPER CEDEX** accompagnées des pièces suivantes :

- Questionnaire de santé transmis dans l'enveloppe à l'attention du médecin conseil

Dès réception de l'ensemble de ces documents, nous pourrons procéder à l'analyse de votre dossier dans les meilleurs délais.

Nous joignons également à notre envoi un document d'Aide à la Complétude pour vous guider dans la constitution de votre dossier ainsi qu'une fiche Formalités Médicales vous précisant les centres médicaux agréés dans lesquels vous pouvez effectuer vos examens médicaux si besoin.

Nous vous remercions de votre confiance et vous prions d'accepter, Monsieur nos sincères salutations.

Votre Service Client

## PROPOSITION TARIFAIRE ASSURANCE DES EMPRUNTEURS ORADEA VIE

Proposition tarifaire effectuée le 21/11/2019

### L'ASSURÉ

Nom : MERCURY Prénom : LUC  
 Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 17 / 09 / 1971 Age : 48ans  
 Emprunteur / Co-emprunteur / Caution : Emprunteur Fumeur :  Oui  Non  
 N° de dossier / devis : 65131722

### SITUATION PROFESSIONNELLE DE L'ASSURÉ <sup>(1)</sup>

Catégorie socioprofessionnelle : <sup>(1)</sup>	Salarié cadre
Déplacements de plus de 20 000km/an à titre professionnel en véhicule terrestre à moteur (hors train)	Non
Travail régulier en hauteur supérieure à 3 mètres	Non
Activité régulière avec manutention et/ou avec travail manuel nécessitant l'utilisation d'outils permettant de découper, perfore, broyer, trancher, creuser, déchiqueter, déformer tous matériaux et/ou le port de charges lourdes de plus de 20Kg .	Non
Appartenance à un des groupes de professions mentionnés dans la Demande d'Adhésion <sup>(1)</sup>	Non

*(1) L'exhaustivité des informations concernant la situation professionnelle de la personne assurée se trouve au sein de la Demande d'Adhésion.*

### PRÊT(S) ASSURÉ(S)

	Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3	Prêt 4	Prêt 5
Type de prêt	Prêt immobilier				
Montant du capital emprunté <sup>(2)</sup> (€) :	26 900,00				
Durée totale du prêt <sup>(2)</sup> y compris différé (mois):	86				
Taux d'intérêt <sup>(2)</sup> (%) :	0,45				

## GARANTIES ET OPTION CHOISIES

	Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3	Prêt 4	Prêt 5
Formule de garanties	F1-Décès/PTIA				
Quotité d'assurance (%)	100,00				
Durée de franchise (en jours) en cas d'incapacité/invalidité (pour F2 et F3)					
Durée minimale d'hospitalisation pour les affections dos/psy (en jours)					
Option ZEN <sup>(3)</sup>	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non				

Garantie complémentaire offerte pour les formules F2 et F3 : exonération totale des cotisations en cas d'arrêt de travail

(2) 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 de signature de la demande d'adhésion au présent contrat 90264 .

(3) Option Zen : Rachat des exclusions relatives aux troubles anxieux, dépression ou affections disco-vertébrales concernant le rachis cervical, dorsal, lombaire ou sacré sous conditions prévues dans la Notice d'Information.

## RACHATS D'EXCLUSIONS SPORTIVES

Rachat d'exclusion sportive accordé et pris en compte dans la tarification proposée		
Rachat d'exclusion sportive nécessitant une étude complémentaire. Tarification à réaliser en fonction de l'étude du questionnaire joint.		

## TARIFICATION PROPOSÉE

	Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3	Prêt 4	Prêt 5	Total
Total des cotisations sur la durée du prêt (€)	215,74					215,74
Montant de la première cotisation mensuelle (€)	3,08					3,08
Taux moyen d'assurance sur capital initial (%)	0,112					

**IMPORTANT : LA TARIFICATION PROPOSÉE EST SOUS RÉSERVE DES CONDITIONS D'ACCEPTATION DE L'ASSUREUR ET EST VALIDE PENDANT UNE DURÉE DE 3 MOIS À COMPTER DE LA DATE DE SIMULATION.**

## Echéancier prévisionnel de cotisations annuelles

Prêt 1		Prêt 2		Prêt 3		Prêt 4		Prêt 5	
Année	Cotisation annuelle	Année	Cotisation annuelle	Année	Cotisation annuelle	Année	Cotisation annuelle	Année	Cotisation annuelle
Année 1	50,70€								
Année 2	44,26€								
Année 3	39,62€								
Année 4	33,86€								
Année 5	24,35€								
Année 6	16,08€								
Année 7	6,72€								
Année 8	0,15€								

## PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel et les données de santé 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 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) sont disponibles à l'adresse suivante : <https://www.oradeavie.fr/>. Si vous ne bénéficiez pas d'un accès internet, vous pouvez la demander en écrivant à : Direction de la Conformité - Service Protection des données personnelles - 17 Bis Place des Reflets - 92919 PARIS LA DEFENSE CEDEX.