



Super Novaterm Crédit

Proposition d'assurance individuelle emprunteur
Capitaux inférieurs ou égaux à 1 M€

P-SNCV-1



Cadre réservé à la Compagnie

Cadre réservé à l'Apporteur

Code Apporteur :

Email :

ESC
 LIN
 T2A

Cachet de l'Apporteur

Personne(s) à assurer

	1 ^{er} Assuré		2 ^{ème} Assuré	
Civilité	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme		<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	
Nom	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Prénom(s)	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nom de jeune fille	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Date de naissance	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Lieu de naissance	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nationalité	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Situation de famille	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e)		<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e)	
Profession actuelle	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Secteur d'activité	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Adresse personnelle	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Code postal et Ville	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Pays	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Téléphone	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
E-mail*	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

* Information facultative

Souscripteur(s) (si ce n'est pas l'assuré)

	1 ^{er} Assuré	2 ^{ème} Assuré
Nom ou Raison Sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal et Ville	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pays	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail*	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Information facultative

Lexique des garanties

ABRÉVIATION	TERMINOLOGIE	PRESTATIONS	AGE LIMITE À LA SOUSCRIPTION	AGE LIMITE DE FIN DE GARANTIE(S)
	Décès		85 ans	90 ans
PTIA	Perte Totale et Irréversible d'Autonomie		69 ans	70 ans
IPT	Invalidité Permanente et Totale	Max. 5 M€ par assuré		
IP	Invalidité Professionnelle pour les Professions médicales, paramédicales et vétérinaires	Max. 5 M€ par assuré		
IPP	Invalidité Permanente Partielle	Max. 5 M€ par assuré		
ITT	Incapacité Temporaire Totale de Travail	IJ et EXO		
IJ	Indemnités Journalières	Max. 1 000€/J par assuré		
EXO	Exonération du paiement des primes			
PE	Perte d'Emploi	Max. 100€/J par assuré	63 ans	65 ans
	Extension de Garantie (IPT ou IP ou/et ITT)	Rachat des exclusions possible pour les capitaux allant jusqu'à 500 000 € par assuré		

MetLife Europe Limited. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « private company limited by shares », immatriculée en Irlande sous le numéro 415123. Succursale pour la France 100 Esplanade du Général de Gaulle, 92400 Courbevoie. 799 036 710 RCS Nanterre. MetLife Europe Insurance Limited. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « private company limited by shares », immatriculée en Irlande sous le numéro 472350. Succursale pour la France 100 Esplanade du Général de Gaulle, 92400 Courbevoie. 798 956 314 RCS Nanterre. Siège social de MetLife Europe Limited et MetLife Europe Insurance Limited: 20 on Hatch, lower Hatch Street, Dublin 2, Irlande. MetLife Europe Limited et MetLife Europe Insurance Limited (agissant toutes deux sous le nom commercial MetLife) sont réglementées par la Central Bank of Ireland.



Super Novaterm Crédit

Proposition d'assurance individuelle emprunteur
Capitaux inférieurs ou égaux à 1 M€

P-SNCV-2



1^{er} Assuré : NOM et PRÉNOM

2^{ème} Assuré : NOM et PRÉNOM

Caractéristiques de l'emprunt

Prêts à assurer (€)	Taux d'intérêt	Durée (mois)	dont différé (mois)	Type de prêt			Bénéficiaire** Organisme prêteur - Nom et adresse complète <small>(Le solde éventuel sera versé en cas d'Invalidité à l'assuré lui-même et en cas de décès au conjoint de l'assuré, non-séparé, non-divorcé ou son partenaire d'un Pacte Civil de Solidarité ou son concubin notoire ; à défaut, aux enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, en cas de prédécès par parts égales ; à défaut, aux héritiers de l'assuré.) Pour un autre bénéficiaire, complétez la clause bénéficiaire en page suivante.</small>
				Amortissable	In fine / Relais	Prêts à paliers*	
1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> %	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> %	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> %	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> %	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> %	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CAPITAL TOTAL				1^{er} Assuré		2^{ème} Assuré	
<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> €	Quotité (% du capital total) ≤ 100% par assuré			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	
	Capital à assurer			<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> €		<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> €	

Date d'effet souhaitée : / /

* Merci de nous joindre l'échéancier fourni par l'organisme prêteur.
** Des garanties Décès, PTIA, IPT, IP et IPP.

Caractéristiques de l'assurance

Lexique des garanties en page précédente	1 ^{er} Assuré	2 ^{ème} Assuré
FORMULE DE BASE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décès / PTIA		
GARANTIES FACULTATIVES (à souscrire avec la Formule de Base)		
IPT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IPT / IPP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITT	<input type="checkbox"/> Montant IJ souhaité <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> € Franchise <input type="checkbox"/> 15j, <input type="checkbox"/> 30j, <input type="checkbox"/> 60j, <input type="checkbox"/> 90j, <input type="checkbox"/> 180j	<input type="checkbox"/> Montant IJ souhaité <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> € Franchise <input type="checkbox"/> 15j, <input type="checkbox"/> 30j, <input type="checkbox"/> 60j, <input type="checkbox"/> 90j, <input type="checkbox"/> 180j
EXO (si l'ITT n'est pas souscrite)	<input type="checkbox"/> Franchise de 90j	<input type="checkbox"/> Franchise de 90j
PACK AVANTAGE (souscription jusqu'à 69 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décès / PTIA / IPT / ITT	<input type="checkbox"/> Montant IJ souhaité <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> € Franchise <input type="checkbox"/> 15j, <input type="checkbox"/> 30j, <input type="checkbox"/> 60j, <input type="checkbox"/> 90j, <input type="checkbox"/> 180j	<input type="checkbox"/> Montant IJ souhaité <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> € Franchise <input type="checkbox"/> 15j, <input type="checkbox"/> 30j, <input type="checkbox"/> 60j, <input type="checkbox"/> 90j, <input type="checkbox"/> 180j
IPP (en option)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GARANTIE PERTE D'EMPLOI : en option <small>(si ITT souscrite avec la Formule de Base ou en Pack Avantage)</small>		
PE (n'oubliez pas de remplir la demande d'adhésion jointe et de joindre votre RIB pour le prélèvement automatique obligatoire)	<input type="checkbox"/> 80% du montant des IJ** <input type="checkbox"/> 50% du montant des IJ	<input type="checkbox"/> 80% du montant des IJ** <input type="checkbox"/> 50% du montant des IJ
PACK MÉDICAL PRO (souscription jusqu'à 69 ans) <small>(Professions médicales, paramédicales et vétérinaires)</small>	Profession Médicale ou Vétérinaire <input type="checkbox"/> Profession Paramédicale <input type="checkbox"/>	Profession Médicale ou Vétérinaire <input type="checkbox"/> Profession Paramédicale <input type="checkbox"/>
Décès / PTIA / IP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décès / PTIA / IP / IPP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITT (en option)	<input type="checkbox"/> Montant IJ souhaité <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> € Franchise <input type="checkbox"/> 15j, <input type="checkbox"/> 30j, <input type="checkbox"/> 60j, <input type="checkbox"/> 90j, <input type="checkbox"/> 180j	<input type="checkbox"/> Montant IJ souhaité <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> € Franchise <input type="checkbox"/> 15j, <input type="checkbox"/> 30j, <input type="checkbox"/> 60j, <input type="checkbox"/> 90j, <input type="checkbox"/> 180j
EXO (si l'ITT n'est pas souscrite) (en option)	<input type="checkbox"/> Franchise de 90j	<input type="checkbox"/> Franchise de 90j

** Option réservée aux assurés de moins de 60 ans à la souscription

EXTENSION DE GARANTIE - Possible pour les capitaux allant jusqu'à 500 000 € par assuré

Option Atteintes Discales et/ou Vertébrales (remplissez le questionnaire lié)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Option Affections Psychiques (remplissez le questionnaire lié)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1^{er} Assuré : NOM et PRÉNOM

2^{ème} Assuré : NOM et PRÉNOM

Clauses Bénéficiaire(s) (Des garanties Décès, PTIA, IPT, IP et IPP)

CLAUSE NANTISSEMENT - Le conjoint, à défaut les héritiers de l'assuré. Nantissement au profit de l'organisme prêteur

1^{er} Assuré 2^{ème} Assuré

CLAUSE SÉQUESTRE - Le conjoint, à défaut les héritiers de l'assuré. Les sommes exigibles seront versées entre les mains du Notaire (Précisez le nom et l'adresse) :

1^{er} Assuré 2^{ème} Assuré

AUTRE (Précisez le nom et l'adresse) :

1^{er} Assuré 2^{ème} Assuré

Déclaration Non-fumeur / Fumeur (à cocher impérativement pour bénéficier du tarif non-fumeur)

<p>1^{er} Assuré</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne suis pas fumeur : je soussigné(e) déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares, pipes ou vaporette au cours des 24 derniers mois et ne pas avoir dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical. Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d'assurance, je prends acte qu'à ce titre toute fausse déclaration intentionnelle de ma part entraîne la nullité du contrat conformément à l'article L113-8 du Code des assurances.</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis fumeur</p>	<p>2^{ème} Assuré</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne suis pas fumeur : je soussigné(e) déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares, pipes ou vaporette au cours des 24 derniers mois et ne pas avoir dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical. Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d'assurance, je prends acte qu'à ce titre toute fausse déclaration intentionnelle de ma part entraîne la nullité du contrat conformément à l'article L113-8 du Code des assurances.</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis fumeur</p>
--	---

Prime Assurance Emprunteur

	PÉRIODICITÉ				MODE DE PAIEMENT SOUHAITÉ	
	Annuelle	Semestrielle	Trimestrielle ⁽¹⁾	Mensuelle ⁽¹⁾	Prélèvement automatique	Chèque à l'ordre de MetLife
1 ^{er} Assuré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^{ème} Assuré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁽¹⁾ Prélèvement automatique obligatoire. En cas d'adhésion à la Perte d'Emploi, paiement obligatoire par prélèvement automatique ; même en cas de paiement par chèque des autres garanties. **N'oubliez pas de joindre un RIB par souscripteur, sinon les primes des 2 assurés seront prélevées sur le même compte.**

Contrat Protection Immédiate Accident (souscription jusqu'à 64 ans)

Choisissez votre option	PRIME ⁽¹⁾		Clause type ⁽²⁾	BÉNÉFICIAIRE(S) en cas de Décès Accidentel	
	5 € par mois	10 € par mois		Les bénéficiaires de mon choix (NOM, Prénom, Date de naissance)	
1 ^{er} Assuré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2 ^{ème} Assuré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Age de l'assuré	Capital assuré		⁽¹⁾ Prélèvement automatique uniquement selon la périodicité choisie pour la prime Assurance Emprunteur. ⁽²⁾ Clause type : Le conjoint de l'assuré, non-séparé, non-divorcé ou son partenaire d'un Pacte Civil de Solidarité ou son concubin notoire ; à défaut, les enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, en cas de précédés par parts égales ; à défaut, les héritiers de l'assuré.		
18 à 44 ans	45 000 €	90 000 €			
45 à 59 ans	30 000 €	60 000 €			
A partir de 60 ans	20 000 €	40 000 €			

Souscription

Je soussigné(e) :

- Déclare avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales Super Novaterm Crédit (réf. CGSNC15) et de la Note d'Information (réf. NISNC15), comportant notamment le modèle de la lettre de renonciation.
- En cas d'option pour la garantie perte d'emploi, déclare adhérer au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit par MetLife auprès de MetLife Europe Insurance Limited et avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'Information du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative (N° MFL2011003).
- En cas de souscription du contrat Protection Immédiate Accident, déclare avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales (réf. CGKAMT04). Cette garantie prend effet à la date d'enregistrement par MetLife de la proposition dûment complétée et signée.
- Déclare exacts les renseignements mentionnés dans cette proposition d'assurance et dans la déclaration de santé, le questionnaire de santé simplifié ou le questionnaire de santé qui la complète ainsi que dans la déclaration de plein emploi en cas d'option pour la garantie perte d'emploi. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance (Art. L.113-8 du Code des assurances).
- Déclare être informé que sauf couverture de la garantie provisoire décès accidentel décrite à l'article 16 des Conditions Générales jointes, le contrat d'assurance Super Novaterm Crédit prend effet à l'encaissement de la première prime par MetLife. Dans le cadre d'une souscription pour deux assurés, deux contrats individuels distincts seront émis.
- Accepte de réduire le délai de pré-notification dans le cadre du prélèvement SEPA.

Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires au traitement de votre demande et à la gestion de votre contrat. Elles peuvent être transmises à des tiers intervenant dans ce cadre, tels que votre courtier ainsi que nos prestataires. Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous pouvez vous opposer au traitement de vos données pour des motifs légitimes ou en obtenir communication, et le cas échéant rectification ou suppression, en adressant une demande écrite et un justificatif d'identité à MetLife - Correspondant Informatique & Libertés - Coeur Défense - Tour A - 110, Esplanade du Général de Gaulle - 92931 LA DÉFENSE Cedex. Vous pouvez également vous opposer à ce que vos données soient utilisées à des fins de prospection en adressant un courrier à l'adresse indiquée ci-dessus.

En cas de décès, je ne souhaite pas que le médecin conseil de MetLife adresse à mes ayants droit la copie des documents médicaux me concernant.

Fait à , Le

Fait à , Le

X OBLIGATOIRE Signature du 1 ^{er} Assuré	X OBLIGATOIRE Signature du souscripteur (si différent du 1 ^{er} Assuré) et cachet pour les entreprises	X OBLIGATOIRE Signature du 2 ^{ème} Assuré	X OBLIGATOIRE Signature du souscripteur (si différent du 2 ^{ème} Assuré) et cachet pour les entreprises
---	---	--	--

En signant ce mandat, vous autorisez :

- ✓ MetLife à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte
- ✓ Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MetLife.

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

INFORMATIONS DU CRÉANCIER

MetLife - Cœur Défense - Tour A - 100 Esplanade du Général de Gaulle - 92400 Courbevoie - France

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : MetLife Europe Limited (MEL) **F R 7 6 Z Z Z 0 0 0 5 8 2**

MetLife Europe Insurance Limited (MEIL)

INFORMATIONS DU PAYEUR

Identité	<input type="checkbox"/> Assuré 1	<input type="checkbox"/> Assuré 2 (en cas de 2 ^{ème} assuré)
Civilité	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme
Nom / Prénom(s) ou Raison sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pays	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Compte à débiter		
IBAN	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IDENTIFICATION DU MANDAT

Référence Unique Mandat (RUM)	<input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> X
<i>(votre RUM correspondra à votre numéro de police)</i>		
Type de paiement	<input type="checkbox"/> Paiement récurrent/répétitif <input type="checkbox"/> Paiement ponctuel	<input type="checkbox"/> Paiement récurrent/répétitif <input type="checkbox"/> Paiement ponctuel
Type de contrat	<input type="checkbox"/> Super Novaterm Crédit <input type="checkbox"/> Super Novaterm Crédit Perte d'Emploi <input type="checkbox"/> Protection Immédiate Accident	<input type="checkbox"/> Super Novaterm Crédit <input type="checkbox"/> Super Novaterm Crédit Perte d'Emploi <input type="checkbox"/> Protection Immédiate Accident
Fait à	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Le	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Signature du payeur ou de la personne autorisée à signer	<input type="text"/> X <i>Signature pour l'Assuré 1</i>	<input type="text"/> X <i>Signature pour l'Assuré 2</i>

IMPORTANT : Merci de nous retourner ce mandat complété, signé et accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Épargne (RICE).

Collez votre RIB ici (colle ou ruban adhésif) !
Merci de ne pas agraffer.