



Super Novaterm Crédit

Proposition d'assurance individuelle emprunteur

P-SNCV-1



Cadre réservé à la Compagnie

Cachet de l'Apporteur

MAGNOLIA WEB ASSURANCES
108 avenue de Bretagne
Immeuble Le Rollon
76100 ROUEN

Cadre réservé à l'Apporteur

Code Apporteur : 5 2 2 8 2

T2A

Email :

Personne(s) à assurer

	1 ^{er} Assuré	2 ^{ème} Assuré
Civilité	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle
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		64 ans	65 ans
IPT	Invalidité Permanente et Totale	Max. 2,5M€ par assuré		65 ans (possibilité de proroger jusqu'à 70 ans sous certaines conditions)
IP	Invalidité Professionnelle pour les Professions médicales, paramédicales et vétérinaires	Max. 2,5M€ par assuré		65 ans
IPP	Invalidité Permanente Partielle	Max. 2,5M€ par assuré		65 ans (possibilité de proroger jusqu'à 70 ans sous certaines conditions)
ITT	Incapacité Temporaire Totale de Travail	IJ et EXO	63 ans	65 ans
IJ	Indemnités Journalières	Max. 350€/J par assuré		
EXO	Exonération du paiement des primes			
PE	Perte d'Emploi	Max. 100€/J par assuré		
	Extension de Garantie (IPT ou/et ITT)	Rachat des exclusions possible pour les capitaux allant jusqu'à 300 000 €		

N° Azur : 0 810 002 706

PRIX D'UN APPEL LOCAL DEPUIS UN POSTE FIXE

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 précédés 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	Autre*	
1	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CAPITAL TOTAL	<input type="text"/>	1^{er} Assuré	<input type="text"/>	2^{ème} Assuré	<input type="text"/>
	€	Quotité (% du capital total) ≤ 100% par assuré	<input type="text"/>	%	<input type="text"/>
	€	Capital à assurer	<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"/> € 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"/> € 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 64 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décès / PTIA / IPT / ITT	<input type="checkbox"/> Montant IJ souhaité <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"/> € 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 (si ITT souscrite avec la Formule de Base ou en Pack Avantage)		
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
EXTENSION DE GARANTIE - Possible pour les capitaux allant jusqu'à 300 000 € (si IPT ou/et ITT souscrite, hors Pack Médical Pro)		
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"/>
PACK MÉDICAL PRO (souscription jusqu'à 64 ans) (Professions médicales, paramédicales et vétérinaires)	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"/> € 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"/> € 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

N° Azur : 0 810 002 706

PRIX D'UN APPEL LOCAL DEPUIS UN POSTE FIXE

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 (à cocher impérativement pour bénéficier du tarif non-fumeur)

Je soussigné(e) déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares ou pipes 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.

1^{er} Assuré OUI (Non-fumeur) NON (fumeur) 2^{ème} Assuré OUI (Non-fumeur) NON (fumeur)

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 prédécès 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. CGSNC11) et de la Note d'Information (réf. NISNC11), 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 Insurance Limited et avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales (réf. MFL2011002).
- En cas de souscription du contrat Protection Immédiate Accident, déclare avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales (réf. CGKAMT03), et de la Notice d'Information (réf. NIKAMT03). 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 n'a d'existence et d'effet qu'après la signature des Conditions Particulières par chacune des parties et l'encaissement de la première prime par MetLife. Dans le cadre d'une souscription pour deux assurés, deux contrats individuels distincts seront émis.

Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires au traitement de votre demande, et peuvent dans ce cadre être communiquées à des tiers intervenant dans la souscription, la gestion et l'exécution du contrat. Vous pouvez, conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, y accéder, les faire rectifier ou vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à MetLife, 34 place des Corolles, TSA 22 222, 92919 Paris la Défense Cedex, à l'attention du «Correspondant Informatique et Libertés» en précisant vos nom, prénom et si possible votre référence client. Vous pouvez également vous opposer à ce que vos coordonnées et données soient utilisées à des fins de prospection commerciale par simple lettre envoyée à l'adresse ci-dessus.

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

N° Azur : 0 810 002 706

PRIX D'UN APPEL LOCAL DEPUIS UN POSTE FIXE

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

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

N° NATIONAL D'EMETTEUR

00582

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution sur simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier. Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessous, dans les conditions prévues par la Loi du 6 janvier 1978 sur l'Informatique et les Libertés modifiée par la Loi n°2004-801 du 6 août 2004.

IMPORTANT : Prière de renvoyer cet imprimé à MetLife en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (R.I.B.), postal (R.I.P.) ou de caisse d'épargne (R.I.C.E.).

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE

Nom
Prénom
Adresse
Code Postal Ville

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

MetLife
TSA 22 222 - 34, place des Corolles
92919 PARIS LA DEFENSE CEDEX

COMPTE À DÉBITER

ÉTABLISSEMENT	GUICHET	N° DE COMPTE	CLÉ R.I.B.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Date : / /

Signature :

X

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT
TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

Nom
Adresse

Code Postal Ville

Veillez à ce que votre compte soit suffisamment approvisionné. Les frais d'impayés seront à la charge du titulaire du compte.