



# Super Novaterm Crédit

## Proposition d'assurance individuelle emprunteur

P-SNCV-1

**MetLife®**

Cadre réservé à la Compagnie

Cachet de l'Apporteur

MAGNOLIA WEB ASSURANCES  
14 rue Pierre Gilles de Gennes  
CS 40412  
76137 Mont Saint Aignan

Cadre réservé à l'Apporteur

Code Apporteur : 5 2 2 8 2

 ESC  
 LIN  
 T2A
Email : 

### Personne(s) à assurer

|                      | 1 <sup>er</sup> Assuré   | 2 <sup>ème</sup> 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)<br><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)<br><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 <sup>er</sup> Assuré | 2 <sup>ème</sup> 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 (J et EXO)                                       | Max. 1 000€/J par assuré  |                              | 65 ans ou 70 ans selon option    |
| 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 quel que soit le montant assuré.<br>Prestation max 1 500 000 € par Assuré et 350 € par jour. |                              |                                  |

MetLife Europe d.a.c. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « Designated Activity Company », 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 d.a.c. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « Designated Activity Company », 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 d.a.c. et MetLife Europe Insurance d.a.c. : 20 on Hatch, lower Hatch Street, Dublin 2, Irlande. MetLife Europe d.a.c. et MetLife Europe Insurance d.a.c. (agissant toutes deux sous le nom commercial MetLife) sont réglementées par la Central Bank of Ireland.

1<sup>er</sup> Assuré : NOM et PRÉNOM

2<sup>ème</sup> Assuré : NOM et PRÉNOM

Caractéristiques de l'emprunt : Résidence Principale  Prêt Professionnel  Autre

|   | Prêts à assurer (€)   | Taux d'intérêt                                 | Durée (mois)   | dont différé (mois)  | Type de prêt             |   |                          | Bénéficiaire** Organisme prêteur - Nom et adresse complète<br><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="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="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="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="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="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>CAPITAL TOTAL</b>  |   |  |  |  |                          | <b>1<sup>er</sup> Assuré</b>  |                          | <b>2<sup>ème</sup> Assuré</b>  |
| <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"/> %   |
|   |   | 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 <sup>er</sup> Assuré   | 2 <sup>ème</sup> Assuré  |
|--|--|--|
| <b>FORMULE DE BASE</b>   | <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"/> €<br>Franchise <input type="checkbox"/> 15j, <input type="checkbox"/> 30j, <input type="checkbox"/> 60j, <input type="checkbox"/> 90j, <input type="checkbox"/> 180j<br><input type="checkbox"/> Option senior (70 ans) | <input type="checkbox"/> Montant IJ souhaité <input type="text"/> , <input type="text"/> €<br>Franchise <input type="checkbox"/> 15j, <input type="checkbox"/> 30j, <input type="checkbox"/> 60j, <input type="checkbox"/> 90j, <input type="checkbox"/> 180j<br><input type="checkbox"/> Option senior (70 ans) |
| EXO (si l'ITT n'est pas souscrite)   | <input type="checkbox"/> Franchise de 90j  | <input type="checkbox"/> Franchise de 90j  |
| <b>PACK AVANTAGE (souscription jusqu'à 69 ans)</b>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Décès / PTIA / IPT / ITT   | <input type="checkbox"/> Montant IJ souhaité <input type="text"/> , <input type="text"/> €<br>Franchise <input type="checkbox"/> 15j, <input type="checkbox"/> 30j, <input type="checkbox"/> 60j, <input type="checkbox"/> 90j, <input type="checkbox"/> 180j<br><input type="checkbox"/> Option senior (70 ans) | <input type="checkbox"/> Montant IJ souhaité <input type="text"/> , <input type="text"/> €<br>Franchise <input type="checkbox"/> 15j, <input type="checkbox"/> 30j, <input type="checkbox"/> 60j, <input type="checkbox"/> 90j, <input type="checkbox"/> 180j<br><input type="checkbox"/> Option senior (70 ans) |
| IPP (en option)  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| <b>GARANTIE PERTE D'EMPLOI : en option</b><br><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**<br><input type="checkbox"/> 50% du montant des IJ   | <input type="checkbox"/> 80% du montant des IJ**<br><input type="checkbox"/> 50% du montant des IJ   |
| <b>PACK MÉDICAL PRO (souscription jusqu'à 69 ans)</b><br><small>(Professions médicales, paramédicales et vétérinaires)</small> | Profession Médicale ou Vétérinaire <input type="checkbox"/><br>Profession Paramédicale <input type="checkbox"/>  | Profession Médicale ou Vétérinaire <input type="checkbox"/><br>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"/> €<br>Franchise <input type="checkbox"/> 15j, <input type="checkbox"/> 30j, <input type="checkbox"/> 60j, <input type="checkbox"/> 90j, <input type="checkbox"/> 180j<br><input type="checkbox"/> Option senior (70 ans) | <input type="checkbox"/> Montant IJ souhaité <input type="text"/> , <input type="text"/> €<br>Franchise <input type="checkbox"/> 15j, <input type="checkbox"/> 30j, <input type="checkbox"/> 60j, <input type="checkbox"/> 90j, <input type="checkbox"/> 180j<br><input type="checkbox"/> Option senior (70 ans) |
| 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  |  |  |
| <b>EXTENSION DE GARANTIE</b>   |  |  |
| 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<sup>er</sup> Assuré : NOM et PRÉNOM

2<sup>ème</sup> 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<sup>er</sup> Assuré  2<sup>ème</sup> 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<sup>er</sup> Assuré  2<sup>ème</sup> Assuré

**AUTRE** (Précisez le nom et l'adresse) :

1<sup>er</sup> Assuré  2<sup>ème</sup> Assuré

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

|  |   |
|--|---|
| <p>1<sup>er</sup> 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<sup>ème</sup> 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 <sup>(1)</sup> | Mensuelle <sup>(1)</sup> | Prélèvement automatique   | Chèque à l'ordre de MetLife |
| 1 <sup>er</sup> Assuré  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>    |
| 2 <sup>ème</sup> Assuré | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>    |

<sup>(1)</sup> 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 <sup>(1)</sup>     |                          | Clause type <sup>(2)</sup>   | BÉNÉFICIAIRE(S) en cas de Décès Accidentel                      |                      |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--|---|----------------------|
|                         | 5 € par mois             | 10 € par mois            |  | Les bénéficiaires de mon choix (NOM, Prénom, Date de naissance) |                      |
| 1 <sup>er</sup> Assuré  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="text"/> |
| 2 <sup>ème</sup> Assuré | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="text"/> |
| Age de l'assuré         | Capital assuré           |                          | <sup>(1)</sup> Prélèvement automatique uniquement selon la périodicité choisie pour la prime Assurance Emprunteur.   |   |                      |
| 18 à 44 ans             | 45 000 €                 | 90 000 €                 | <sup>(2)</sup> <b>Clause type</b> : 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. |   |                      |
| 45 à 59 ans             | 30 000 €                 | 60 000 €                 |  |   |                      |
| A partir de 60 ans      | 20 000 €                 | 40 000 €                 |  |   |                      |

### Souscription

Je soussigné(e) (ou en cas de co-souscription, chacun des Co-souscripteurs/co-assurés) :

- Déclare avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales Super Novaterm Crédit (réf. CGSNC19) et de la Note d'Information (réf. NISNC19), 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 d.a.c. et avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'Information du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative (N° MFL2011005).
- En cas de souscription du contrat Protection Immédiate Accident, déclare avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales (réf. CGKAMT06). 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 le questionnaire d'état de santé 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 et 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.

Je (ou en cas de co-souscription, chacun des Co-souscripteurs/co-assurés) déclare donner mandat à mon courtier  dont le Code Apporteur est indiqué en première page de la présente proposition d'assurance, d'effectuer en mon nom et pour mon compte tout acte de gestion de mon contrat d'assurance Super Novaterm Crédit.

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, nous ne souhaitons pas que le médecin conseil de MetLife adresse à nos ayants droit la copie des documents médicaux nous concernant.

Fait à  , Fait à

Le  /  /  , Le  /  /

|                                     |   |                                      |  |
|-------------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| <b>X OBLIGATOIRE</b>                | <b>X OBLIGATOIRE</b>  | <b>X OBLIGATOIRE</b>                 | <b>X OBLIGATOIRE</b>   |
| Signature du 1 <sup>er</sup> Assuré | Signature du souscripteur (si différent du 1 <sup>er</sup> Assuré) et cachet pour les entreprises | Signature du 2 <sup>ème</sup> Assuré | Signature du souscripteur (si différent du 2 <sup>ème</sup> 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 designated activity company **F R 7 6 Z Z Z 0 0 0 5 8 2**

MetLife Europe Insurance designated activity company

## INFORMATIONS DU PAYEUR

| Identité                          | <input type="checkbox"/> Payeur pour l'Assuré 1          | <input type="checkbox"/> Payeur pour l'Assuré 2 (en cas de 2 <sup>ème</sup> assuré) |
|-----------------------------------|--|---|
| Civilité                          | <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme | <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme                            |
| Nom / Prénom(s) ou Raison sociale |  |   |
| Adresse                           |  |   |
| Code postal                       |  |   |
| Ville                             |  |   |
| Pays                              |  |   |
| Nom de l'établissement bancaire   |  |   |
| IBAN                              |  |   |
| BIC                               |  |   |

## IDENTIFICATION DU MANDAT

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

**IMPORTANT : Merci de nous retourner ce mandat complété et signé.**