

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 ci-dessous.</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 | | | | 1^{er} Assuré | | 2^{ème} Assuré | | |
| <input type="text"/> | | Quotité (% du capital total) ≤ 100% par assuré | | <input type="text"/> | | <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 et IPT.

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"/> |
| ITT | <input type="checkbox"/> Montant IJ souhaité <input type="text"/> € Franchise <input type="checkbox"/> 30j, <input type="checkbox"/> 60j, <input type="checkbox"/> 90j | <input type="checkbox"/> Montant IJ souhaité <input type="text"/> € Franchise <input type="checkbox"/> 30j, <input type="checkbox"/> 60j, <input type="checkbox"/> 90j |
| 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"/> € Franchise <input type="checkbox"/> 30j, <input type="checkbox"/> 60j, <input type="checkbox"/> 90j | <input type="checkbox"/> Montant IJ souhaité <input type="text"/> € Franchise <input type="checkbox"/> 30j, <input type="checkbox"/> 60j, <input type="checkbox"/> 90j |

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

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

1^{er} Assuré 2^{ème} Assuré

CLAUDE 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 vaprette 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 vaprette 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> |
|--|---|

1^{er} Assuré : NOM et PRÉNOM

2^{ème} Assuré : NOM et PRÉNOM

Assurances antérieures et souscriptions simultanées (Attention : ces éléments sont indispensables à l'établissement du dossier)

| Reprise à la concurrence | Assuré 1 - <input type="checkbox"/> Non - <input type="checkbox"/> Oui, Précisez : | | | Assuré 2 - <input type="checkbox"/> Non - <input type="checkbox"/> Oui, Précisez : | | |
|---------------------------------|--|----------------------|----------------------|--|----------------------|----------------------|
| | Si OUI, joindre une copie de la police actuellement en cours | | | | | |
| Compagnie détentrice du contrat | <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | | |
| Date de souscription | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Durée initiale | <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | | |
| Echéance | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Prime annuelle TTC | <input type="text"/> € | | | <input type="text"/> € | | |
| Conditions d'acceptation | <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | | |
| Motifs de la reprise | <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | | |

| Souscriptions simultanées | Le candidat est-il en cours de négociation avec d'autres compagnies d'assurance pour le même ou d'autres contrats ? | | | | | |
|---------------------------|---|----------------------|----------------------|--|----------------------|----------------------|
| | Assuré 1 - <input type="checkbox"/> Non - <input type="checkbox"/> Oui, Précisez : | | | Assuré 2 - <input type="checkbox"/> Non - <input type="checkbox"/> Oui, Précisez : | | |
| | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| Compagnie | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Montant des capitaux | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| Assurances antérieures de l'assuré (Décès et Invalidité) | Assuré 1 - <input type="checkbox"/> Non - <input type="checkbox"/> Oui, Précisez : | | | | | | Assuré 2 - <input type="checkbox"/> Non - <input type="checkbox"/> Oui, Précisez : | | | | | | | | |
|--|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | | | |
| Compagnie | <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"/> |
| Montant des garanties décès | <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"/> |
| Montant des garanties invalidité | <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"/> |
| Rente Invalidité (montant) | <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"/> |
| Objet de l'assurance* | <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"/> |
| Durée | <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"/> |
| Date de souscription | <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"/> |

* couverture d'emprunt, prévoyance familiale, couverture des droits de succession, ou autres couvertures décès (hors prévoyance collective et les produits de capitalisation et de retraite).

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. N'oubliez pas de joindre un RIB par souscripteur, sinon les primes des 2 assurés seront prélevées sur le même compte.

Souscription

Je soussigné(e) :

- Déclare avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales Super Novaterm Crédit (réf. CGSNC15VIP) et de la Note d'Information (réf. NISNC15VIP), comportant notamment le modèle de la lettre de renonciation.
- Déclare être informé que sauf couverture de la garantie provisoire décès accidentel décrite à l'article 13 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 DEFENSE 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