



# Super Novaterm Crédit

Proposition d'assurance individuelle emprunteur

P-SNCV-2



1<sup>er</sup> Assuré : NOM et PRÉNOM ROUSSEL VERONIQUE  
 2<sup>ème</sup> Assuré : NOM et PRÉNOM ROUSSEL PASCAL

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 (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.
					Amortissable	In fine / Relais	Autre*	
1	1.300.000 €	1,70 %	44		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CIC - Place Jacques Lelièvre - 76000 BREV
2					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>CAPITAL TOTAL</b>	1.300.000 €	<b>Quotité (% du capital total) ≤ 100% par assuré</b>	1 <sup>er</sup> Assuré 150 %	2 <sup>ème</sup> Assuré 150 %
		<b>Capital à assurer</b>	1.300.000 €	1.300.000 €

Date d'effet souhaitée : 25 / 06 / 2017 \* 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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Décès / PTIA		
<b>GARANTIES FACULTATIVES (à souscrire avec la Formule de Base)</b>		
IPT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IPT / IPP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITT	<input type="checkbox"/> Montant IJ souhaité _____ € Franchise <input type="checkbox"/> 15j, <input type="checkbox"/> 30j, <input type="checkbox"/> 60j, <input type="checkbox"/> 90j, <input type="checkbox"/> 180j <input type="checkbox"/> Option senior (70 ans)	<input type="checkbox"/> Montant IJ souhaité _____ € Franchise <input type="checkbox"/> 15j, <input type="checkbox"/> 30j, <input type="checkbox"/> 60j, <input type="checkbox"/> 90j, <input type="checkbox"/> 180j <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>		
Décès / PTIA / IPT / ITT	<input type="checkbox"/> Montant IJ souhaité _____ € Franchise <input type="checkbox"/> 15j, <input type="checkbox"/> 30j, <input type="checkbox"/> 60j, <input type="checkbox"/> 90j, <input type="checkbox"/> 180j <input type="checkbox"/> Option senior (70 ans)	<input type="checkbox"/> Montant IJ souhaité _____ € Franchise <input type="checkbox"/> 15j, <input type="checkbox"/> 30j, <input type="checkbox"/> 60j, <input type="checkbox"/> 90j, <input type="checkbox"/> 180j <input type="checkbox"/> Option senior (70 ans)
IPP (en option)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>GARANTIE PERTE D'EMPLOI : en option (si ITT souscrite avec la Formule de Base ou en Pack Avantage)</b>		
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
<b>PACK MÉDICAL PRO (souscription jusqu'à 69 ans) (Professions médicales, paramédicales et vétérinaires)</b>		
	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 _____ € Franchise <input type="checkbox"/> 15j, <input type="checkbox"/> 30j, <input type="checkbox"/> 60j, <input type="checkbox"/> 90j, <input type="checkbox"/> 180j <input type="checkbox"/> Option senior (70 ans)	<input type="checkbox"/> Montant IJ souhaité _____ € Franchise <input type="checkbox"/> 15j, <input type="checkbox"/> 30j, <input type="checkbox"/> 60j, <input type="checkbox"/> 90j, <input type="checkbox"/> 180j <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"/>









# Super Novaterm Crédit

Proposition d'assurance individuelle emprunteur

P-SNCV-3



1<sup>er</sup> Assuré : NOM et PRÉNOM ROUSSEL VERONIQUE  
 2<sup>ème</sup> Assuré : NOM et PRÉNOM ROUSSEL PASCAL

### 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  CIC 41 Place Jacques LÉLIEUR  
76000 ROUEN  
 2<sup>ème</sup> Assuré  CIC 41 Place Jacques LÉLIEUR  
76000 ROUEN

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

<p>1<sup>er</sup> Assuré</p> <p><input checked="" 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 checked="" 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	Cheque à l'ordre de MetLife
1 <sup>er</sup> Assuré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <sup>ème</sup> Assuré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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>		BÉNÉFICIAIRE(S) en cas de Décès Accidentel	
	5 € par mois	10 € par mois	Clause type <sup>(2)</sup>	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"/>
2 <sup>ème</sup> Assuré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age de l'assuré	Capital 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 €		

<sup>(1)</sup> Prélèvement automatique uniquement selon la périodicité choisie pour la prime Assurance Emprunteur.  
<sup>(2)</sup> 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.

### 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 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.
- Je (ou en cas de co-souscription, chacun des Co-souscripteurs/co-assurés) déclare donner mandat à mon courtier ZETA SAS 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 <u>Rouen</u> Le <u>25 04 2017</u>	<b>ZETA SAS</b> 36 Rue de la Forge Féret - BP 90 76520 BOOS RCS Rouen 823 169 586 APE : 6820B Tél : 02 35 60 87 24	Fait à <u>Rouen</u> Le <u>25 04 2017</u>	<b>ZETA SAS</b> 36 Rue de la Forge Féret - BP 90 76520 BOOS RCS Rouen 823 169 586 APE : 6820B Tél : 02 35 60 87 24
Signature du 1 <sup>er</sup> Assuré	Signature du souscripteur 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

N° 100PO 0916 - Septembre 2016 - Remonter l'original à MetLife, et conserver une copie pour le souscripteur, l'assuré et l'apporteur.

