



Super Novaterm Famille

Bulletin de souscription (pour toute personne de 18 à 65 ans)

E-SUNF-1



ORIAS09051556

Cabinet LASSUREUR
5 PASSAGE MARCILLY
71100 CHALON/SAONE
Cachet et signature
TEL 0950220200

Code Apporteur : 957310

1 - Personne à assurer

M. Mme

NOM Prénom

Situation de famille : Marié(e) Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve) Concubin(e) Pacsé(e)

Date de naissance / / - Tél. -

Adresse personnelle

Code postal - Ville

2 - Souscripteur (si ce n'est pas l'assuré)

NOM Prénom

Adresse personnelle

Code postal - Ville

3 - Bénéficiaire(s) (en cas de décès)

CLAUSE TYPE : Mon conjoint non séparé, non divorcé, ou mon partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou mon concubin notoire, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants, ou représentés en cas de prédécès, par parts égales, à défaut mes héritiers.

AUTRE : Indiquez NOM(s) / Prénom(s) / date de naissance / adresse complète

4 - Les garanties / tarifs

Ages	Options	Capital versé en cas décès / PTIA	Capital versé en cas de décès / PTIA accidentel	Fractionnement	Montant de la prime €
18 à 55	<input type="checkbox"/> Option 1	30 000 €	60 000 €	<input type="checkbox"/> Mensuel	
	<input type="checkbox"/> Option 2	50 000 €	100 000 €	<input type="checkbox"/> Trimestriel	
	<input type="checkbox"/> Option 3	75 000 €	150 000 €	<input type="checkbox"/> Semestriel	
	<input type="checkbox"/> Option 4	100 000 €	200 000 €	<input type="checkbox"/> Annuel	
56 à 65	<input type="checkbox"/> Senior	30 000 €	60 000 €		

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

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.

Je suis fumeur

6 - Déclaration de santé

Je soussigné(e) déclare :

- Ne pas être atteint, à ma connaissance, d'une infirmité, d'une affection ou d'une maladie de quelque nature que ce soit et ne pas suivre de traitement ou ne pas être en cours d'investigation ou de surveillance médicale.
- Ne pas avoir été, au cours des 10 dernières années, sous traitement ou contrôle médical pendant plus de 21 jours consécutifs.
- Ne pas devoir, à ma connaissance, être hospitalisé ou subir des examens ou un bilan médical à visée diagnostique.
- Ne pas avoir subi, au cours des 10 dernières années, hospitalisé pour une intervention chirurgicale (à l'exclusion des végétations, des amygdales, de l'appendice, des hémorroïdes, de la cloison nasale, des varices, des dents de sagesse, maternité), ou pour un bilan médical, un traitement, des examens.
- Ne pas être en incapacité de travail totale ou partielle ou ne pas avoir été, au cours des 5 dernières années, en arrêt de travail total ou partiel pendant plus de 21 jours consécutifs (hormis l'arrêt pour maternité).
- Ne pas avoir subi un test de dépistage des sérologies VHB, VHC (virus des hépatites), VIH 1 et 2 (SIDA) qui se soit révélé positif.
- Ne pas devoir séjourner à titre professionnel ou dans un but humanitaire hors d'Europe (UE / AELE), Amérique du Nord, Australie, Nouvelle-Zélande, Hong-Kong, Singapour, Japon.
- Que la différence entre ma taille en cm et mon poids en kg est comprise entre 80 et 120.

Fait à Le / /

X

Signature de la personne à assurer

7 - Souscription

Je soussigné(e) déclare avoir reçu et pris connaissance de la Note d'Information (Réf- NISNF05) et des Conditions Générales Super Novaterm Famille (Réf-CGSNF05) comportant notamment le modèle de la lettre de renonciation prévue par la loi. Je déclare en outre exacts les renseignements mentionnés dans ce bulletin de souscription et dans la déclaration de santé. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance (Art. L. 113-8 du Code des assurances). Je m'engage à déclarer dans les meilleurs délais toutes circonstances nouvelles survenues entre la date de signature de la présente proposition d'assurance et la date d'acceptation du risque par l'assureur et qui seraient de nature à modifier l'ensemble des déclarations contenues dans ce document. L'assurance prend effet à la date indiquée sur les Conditions Particulières sous réserve de l'encaissement de la première prime par l'Assureur. J'accepte de réduire le délai de pré-notification dans le cadre du prélèvement SEPA.

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS : 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 - TSA 36835 - 95939 ROISSY CH DE GAULLE 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 / /

X OBLIGATOIRE
Signature de la personne à assurer

X OBLIGATOIRE
Signature du souscripteur
(si différent de l'Assuré)
et cachet pour les entreprises

X OBLIGATOIRE
Signature et cachet de l'intermédiaire