

Super Novaterm Prévoyance

Bulletin de modifications



Informations de l'assuré :

Nom et prénom :

Contrat numéro :

Informations du courtier :

Nom de l'apporteur :

Code courtier :

Pour toute autre demande, merci de compléter ce document.

Vous souhaitez modifier

Adresse postale :

Code postal :

Email :

Numéro de téléphone :

Civilité : Monsieur Madame

Coordonnées bancaires :

Mode de paiement (*prélèvement*) :

Périodicité de paiement : mensuelle trimestrielle semestrielle annuelle

Souscripteur du contrat :

Date d'effet du contrat : / /

Bénéficiaire du contrat :

Clause bénéficiaire (*merci de rédiger la clause en précisant nom, prénom, date de naissance, lieu de naissance, adresse, quotité*) :

Tarif : fumeur non-fumeur

Fiscalité : Madelin Hors Madelin

Profession :

Cessation d'activité professionnelle à compter du : / /

Situation familiale :

Rente conjoint

Ajout d'un conjoint : Nom Prénom Date de naissance / /

Suppression d'un conjoint : Nom Prénom Date de naissance / /

Rente éducation

Ajout d'un enfant : Nom Prénom Date de naissance / /

Suppression d'un enfant : Nom Prénom Date de naissance / /

Demande de modifications de garanties à compter du : / /

Merci de préciser lesquelles :

Ajout de garanties :

Suppression de garanties :

Demande de modification du capital souscrit à compter du : / /

Nouveau montant :

Autres :

Adresse d'envoi

Par mail : prevoyance.metlife@cbp-france.eu

Dans l'objet du mail : préciser « **Demande de modifications SNP** » et « **N° de contrat** »

Joindre justificatifs si nécessaire.

Signature de l'assuré

Pour toutes questions, vous pouvez nous contacter au
09 69 32 84 03 du lundi au vendredi de 8h30 à 18H00

www.metlife.fr