

(Ce document répond aux exigences des articles L.132-5-2 et A. 132-4 du Code des Assurances)

Cette note reprend les dispositions essentielles du contrat SUPER NOVATERM de MetLife dont les Conditions Générales sont remises au Souscripteur avec sa proposition d'assurance.

CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT

SUPER NOVATERM est un contrat individuel d'assurance temporaire décès, relevant de la branche 20 (Vie-Décès), destiné à la prévoyance des particuliers et des professionnels. Ce contrat est assuré par l'Assureur MetLife et est régi par le Code des Assurances.

a) Définition contractuelle des garanties offertes

Garantie de base

L'objet du contrat est de garantir, en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'Assuré pendant la période de validité des garanties, le versement par MetLife du capital garanti à la date de survenance du sinistre, indiqué aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venu les modifier, au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), sous réserve des exclusions visées à l'Article 6 des Conditions Générales d'assurance.

Garanties facultatives

Lors de la souscription, le Souscripteur peut opter pour des garanties facultatives, à savoir la garantie Invalidité Permanente et Totale (IPT), la garantie Doublement Accident (DA), les Indemnités Journalières (IJ) en cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) et l'Exonération du paiement des primes (Exo) en cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT).

La garantie Invalidité Permanente et Totale (IPT) intervient lorsque l'Assuré se trouve dans l'incapacité totale et définitive d'exercer toute activité professionnelle lui rapportant gain ou profit. La prestation est le versement par MetLife du capital assuré au jour de la consolidation de l'IPT. Ce capital est égal au capital décès, plafonné à 5.000.000 € par personne assurée au sein de MetLife.

A l'échéance annuelle du contrat suivant le 60^{ème} anniversaire de l'Assuré, si le montant du capital garanti en cas d'Invalidité Permanente et Totale est supérieur à 2.500.000 € par personne assurée au sein de MetLife, le montant du capital assuré est limité à 2.500.000 €.

A partir de l'échéance annuelle qui suit le 66^{ème} anniversaire de l'Assuré, le capital garanti décroît de 20% par an.

La garantie Doublement Accident (DA) intervient en cas de décès accidentel de l'Assuré et en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) accidentelle ou d'Invalidité Permanente et Totale accidentelle, si cette garantie facultative a été souscrite. La prestation est le doublement par MetLife du montant du capital garanti en cas de décès, PTIA ou IPT, plafonnée à 650.000 € par personne assurée au sein de MetLife.

La garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT) intervient lorsque l'Assuré se trouve dans l'impossibilité complète et continue, par la suite de maladie ou d'Accident, de se livrer à son activité professionnelle lui rapportant gain ou profit. Dans le contrat SUPER NOVATERM, deux prestations distinctes sont proposées :

- **Indemnités Journalières (IJ)** : après une période de franchise de 30, 60 ou 90 jours (au choix de l'Assuré) à compter de l'arrêt de travail, MetLife verse des IJ forfaitaires, plafonnées à 1.000 € par jour et par personne assurée chez MetLife, pour une durée maximum de 1.095 jours et au plus tard jusqu'à l'échéance annuelle du contrat qui suit le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré.

A partir de 65 ans, la durée de versement des indemnités journalières diminue en fonction de l'âge de l'Assuré au moment du sinistre.

Et/ou

- **Exonération du Paiement des Primes (EXO)** : MetLife rembourse les primes d'assurances versées au prorata temporis après un délai de franchise de 90 jours pour une durée maximum de 1.095 jours et au plus tard jusqu'à l'échéance annuelle du contrat qui suit le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré.

b) Exclusions

Il est très important que le Souscripteur lise attentivement les Conditions Générales du contrat d'assurance SUPER NOVATERM qui lui sont remises avec sa proposition d'assurance et au sein desquelles sont détaillées les exclusions de la garantie de base (cf. Article 6 des Conditions Générales) et celles des garanties facultatives (cf. Article 11 des Conditions Générales).

c) Durée du contrat

Le contrat SUPER NOVATERM est souscrit pour une période d'un an. A l'issue de cette période, il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction aux conditions visées dans les conditions particulières.

En aucun cas, le contrat ne peut être renouvelé au-delà de l'échéance annuelle suivant le 90^{ème} anniversaire de l'Assuré.

d) Modalités de versement des primes

Le montant des primes figure aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier. L'engagement du Souscripteur porte sur le paiement de la prime aux échéances prévues.

Les primes sont payables d'avance, aux échéances prévues. Toute taxe présente ou future établie sur le contrat d'assurance est à la charge du Souscripteur et payable en même temps que la prime.

Le Souscripteur a le choix entre un paiement par primes annuelles ou un paiement fractionné par semestre, trimestre ou mois. Le paiement par prélèvement automatique est obligatoire pour les fractionnements mensuels ou trimestriels.

e) Délai et modalités de renonciation au contrat – Résiliation

Renonciation

Conformément aux dispositions de l'Article L. 132-5-1 du Code des Assurances, le souscripteur a la faculté de renoncer à son contrat, dans les trente (30) jours qui suivent le moment où il est informé que le contrat est conclu.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, envoyée à :

MetLife
Service Gestion Relation Clientèle
Coeur Défense - Tour A
110, Esplanade du Général de Gaulle
92931 LA DEFENSE Cedex

Modèle de lettre de renonciation

« Je soussigné(e), (Nom, Prénom), déclare renoncer au contrat d'assurance SUPER NOVATERM N°
souscrit le / / et vous prie de m'adresser personnellement le remboursement de la prime versée,
soit €.

J'ai bien noté que la renonciation est effective à compter de la date d'envoi de la présente lettre et met fin aux garanties.

Fait à le / / Signature : »

La renonciation entraîne la cessation immédiate de toutes les garanties du contrat SUPER NOVATERM et la restitution de l'intégralité des sommes versées par le Souscripteur dans le délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la demande de renonciation.

Résiliation

Le Souscripteur peut mettre fin au contrat, à chaque échéance de paiement de prime par lettre recommandée adressée à l'Assureur à l'adresse suivante :

MetLife
Service Gestion Relation Clientèle
Coeur Défense - Tour A
110, Esplanade du Général de Gaulle
92931 LA DEFENSE Cedex

Le contrat prendra fin à l'issue de la période de garantie précédemment payée.

La résiliation ne donne lieu à aucun remboursement de primes de la part de l'Assureur.

f) Formalités à remplir en cas de sinistre

Le paiement des prestations garanties est effectué par l'Assureur dans un délai maximum de trente (30) jours suivant la remise des pièces justificatives à fournir figurant aux Articles 18, 19 et 20 des Conditions Générales d'Assurance ou de tout autre document pouvant être demandé par l'Assureur.

g) Informations sur les primes

Le montant des primes indiquées aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier, est garanti jusqu'au terme du contrat. Des tarifs différents sont appliqués pour les fumeurs et les non-fumeurs. Lors de l'établissement de la proposition, l'Assuré remplissant les conditions pour bénéficier du tarif préférentiel non-fumeur doit signer la déclaration non-fumeur.

PROCÉDURE D'EXAMEN DES LITIGES

Toute réclamation concernant le contrat doit être adressée à **MetLife - Service Gestion Relation Clientèle - Coeur Défense - Tour A - 110, Esplanade du Général de Gaulle - 92 931 LA DEFENSE Cedex**. Un accusé de réception sera adressé sous 48 heures et une réponse sera adressée dans un délai de 30 jours ouvrés, sauf si la complexité nécessite un délai complémentaire.

En cas de réponse défavorable, un recours peut être adressé au Médiateur Interne de MetLife, et ce avant tout recours auprès du Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA), dont les coordonnées sont les suivantes :

Le Médiateur
FFSA - BP 290 - 75425 Paris Cedex 09.

Toute réclamation effectuée est sans préjudice des droits d'intenter une action en justice.

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.

SN_NOTE_0716

Conditions Générales Super Novaterm

SUPER NOVATERM

Conditions Générales Référence : CGSNT09

CG SN Juillet 2016

I - DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 - OBJET DU CONTRAT SUPER NOVATERM

SUPER NOVATERM est un contrat individuel d'assurance Temporaire Décès régi par le Code des assurances, relevant de la branche 20 (Vie - Décès) assuré par la Compagnie d'assurances MetLife. Il a pour objet le versement par l'Assureur du capital garanti indiqué aux Conditions Particulières en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré (garantie de base) suite à un Accident ou à une maladie survenu pendant la période de validité des garanties. Les garanties facultatives, Doublement Accident, Invalidité Permanente et Totale, Indemnités Journalières et Exonération du paiement des primes en cas d'Incapacité Temporaire Totale, s'appliquent uniquement lorsqu'elles sont souscrites et mentionnées aux Conditions Particulières du contrat. Le contrat est composé des présentes Conditions Générales, de la proposition d'assurance dûment complétée et signée, de la Lettre d'Acceptation signée qui récapitule les caractéristiques particulières et garanties au contrat, des Conditions Particulières ainsi que de tout avenant portant modification au contrat. Les déclarations du Souscripteur et de l'Assuré servent de base au contrat qui est incontestable dès son entrée en vigueur, sauf l'effet des articles L.113-8 et L.132-26 du Code des assurances. Les conditions de couverture ainsi que le tarif sont définis lors de la souscription du contrat en fonction des déclarations de l'Assuré. Le montant des cotisations ainsi que celui des prestations sont exprimés et doivent être payés dans la monnaie nationale française en cours de validité au moment du paiement.

Article 2 - DEFINITIONS

Pour l'application du présent contrat, on entend par :

Accident :

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré ou de celle de ses Bénéficiaires, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure **et survenue pendant la période de validité des garanties**. La rupture d'anévrisme, l'infarctus du myocarde, l'embolie cérébrale, l'hémorragie méningée, ainsi que les Accidents vasculaires cérébraux sont considérés par l'Assureur comme des maladies et non comme des Accidents.

Assuré :

Personne physique, nommément désignée aux Conditions Particulières du contrat et sur la tête de laquelle reposent les garanties.

Assureur :

MetLife Europe d.a.c., agissant sous le nom commercial MetLife (ci-après « MetLife », « nous » ou l'« Assureur »), société d'assurance irlandaise, exerçant son activité en France par le biais d'une succursale.

Bénéficiaire :

Personne qui perçoit les prestations versées par l'Assureur.

Les Bénéficiaires en cas de décès sont en principe désignés dans la proposition d'assurance et figurent aux Conditions Particulières du contrat.

Le Souscripteur a la possibilité de prévoir l'ordre de priorité du versement du capital en cas de décès des Bénéficiaires désignés.

En l'absence de désignation expresse d'un Bénéficiaire ou en cas de décès de l'ensemble des Bénéficiaires désignés, les capitaux garantis seront versés au conjoint de l'Assuré, non séparé, non divorcé, ou à son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou à 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.

Lorsque le Bénéficiaire en cas de décès est nommément désigné, le Souscripteur est invité à porter dans la proposition d'assurance les coordonnées de ce dernier, qui seront utilisées par l'Assureur en cas de décès de l'Assuré. Le Souscripteur peut modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée, la substitution de Bénéficiaires requérant l'accord de l'Assuré s'il n'est pas le Souscripteur. La désignation si elle n'a pas été faite dans le contrat, et la substitution du ou des Bénéficiaires, peuvent être effectuées soit par voie d'avenant au contrat, soit en remplissant les formalités de l'article 1690 du Code civil, soit par voie testamentaire.

La personne désignée comme Bénéficiaire par le Souscripteur peut accepter le bénéfice de cette désignation faite à son profit. Lorsque la désignation du Bénéficiaire est faite à titre gratuit, cette acceptation, ne peut intervenir que trente jours au moins à compter du moment où le Souscripteur du contrat, est informé que le contrat d'assurance est conclu.

Tant que l'acceptation n'a pas eu lieu, le Souscripteur et seul le Souscripteur est libre de révoquer le Bénéficiaire. Tant que l'Assuré et le Souscripteur sont en vie, l'acceptation est faite par un avenant signé de l'Assureur, du Souscripteur et du Bénéficiaire. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé du Souscripteur et du Bénéficiaire, et n'a alors d'effet à l'égard de l'Assureur que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit. En cas d'acceptation, l'accord du Bénéficiaire ayant accepté devient obligatoire lorsque le Souscripteur souhaite apporter une modification au contrat ou désigner un autre Bénéficiaire.

Franchise :

Période à l'issue de laquelle intervient la prise en charge par l'Assureur.

Incapacité Temporaire Totale :

Incapacité médicalement reconnue **avant l'échéance annuelle du contrat suivant le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré**, mettant temporairement l'Assuré dans l'impossibilité complète et continue, par la suite de maladie ou d'Accident, de se livrer à son activité professionnelle lui rapportant gain ou profit.

Invalidité Permanente et Totale :

Invalidité physique ou mentale **consolidée avant l'âge de 70 ans de l'Assuré** et constatée par l'Assureur mettant l'Assuré dans l'incapacité totale et définitive d'exercer toute activité professionnelle lui rapportant gain ou profit.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) :

Invalidité physique ou mentale **reconnue avant l'âge de 70 ans** mettant l'Assuré dans l'incapacité définitive d'exercer toute activité rémunératrice et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (assimilable à la 3^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale).

Sinistre :

La réalisation d'un événement assuré. Constitue un seul et même Sinistre, l'ensemble des événements se rattachant à un même fait générateur.

Souscripteur :

Personne physique ou morale. Le Souscripteur peut avoir la qualité d'Assuré

Article 3 - ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties s'étendent au monde entier sauf restriction(s) précisée(s) aux Conditions Particulières du contrat.

Tout état d'invalidité ou d'incapacité de l'Assuré à la suite d'une maladie ou d'un Accident garanti, survenu hors de France, doit être constaté médicalement en France métropolitaine pour ouvrir droit au paiement des prestations.

II - GARANTIE DE BASE : DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

Article 4 - OBJET DE LA GARANTIE

En cas de décès de l'Assuré **survenu pendant la période de validité du contrat**, l'Assureur verse au(x) Bénéficiaire(s) le montant du capital garanti au jour du décès, indiqué aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré telle que définie à l'article 2 des présentes Conditions Générales et **constatée pendant la période de validité des garanties**, l'Assureur verse par anticipation, à la date de reconnaissance de l'invalidité, le capital prévu en cas de décès.

Le paiement du capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met fin au contrat dans toutes ses clauses et conditions.

En aucun cas, les capitaux Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ne peuvent se cumuler.

Bénéficiaires

Les bénéficiaires en cas de décès de l'Assuré sont indiqués aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier.

Sauf stipulation contraire aux Conditions Particulières, **le bénéfice des prestations garanties en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie** reviendra à l'Assuré lui-même.

Article 5 - TARIFS DIFFÉRENCIÉS FUMEURS / NON-FUMEURS

Des tarifs différents sont appliqués pour les fumeurs et les non-fumeurs. Lors de l'établissement de la proposition, l'Assuré qui remplit les conditions pour bénéficier du tarif préférentiel non-fumeur doit certifier, dans la déclaration non-fumeur, ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares, pipes ou vaprette au cours des 24 mois précédant la date de signature de la proposition d'assurance et ne pas avoir dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical.

Article 6 - EXCLUSIONS - GARANTIE DE BASE

Sauf convention contraire indiquée aux conditions particulières, l'Assureur garantit les risques de Décès et de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, quelle qu'en soit la cause, sous réserve des exclusions énumérées ci-après :

- le suicide survenant moins d'un an après la prise d'effet du contrat. En cas d'augmentation des garanties en cours de contrat, le suicide est également exclu, pour les majorations, au cours de la première année qui suit la prise d'effet de cette augmentation ;
- le fait de guerre civile ou étrangère ;
- l'Accident de navigation aérienne survenant alors que l'Assuré se trouvait à bord d'un appareil en une qualité distincte de celle de simple passager de lignes régulières ou « charter » dûment agréés pour le transport payant des voyageurs, ou encore dont le pilote ne disposait pas des qualifications nécessaires, ou enfin participant à des courses, acrobaties, tentatives de records ou vols d'essais ;
- les suites et conséquences d'émeutes, de mouvements populaires, d'insurrections, de complots, de grèves, de rixes (sauf cas de légitime défense) et les suites et conséquences d'attentats en cas de participation active de l'Assuré ;
- les suites et conséquences de maladies ou d'Accidents antérieurs à la souscription du contrat et non déclarés lors de la souscription ;
- les effets directs ou indirects de la modification de la structure du noyau atomique.

Hormis acceptation indiquée aux conditions particulières, après étude du dossier par l'assureur, sont exclus les Accidents survenant lors de l'exercice d'une profession comportant les activités suivantes :

- sécurité ou protection impliquant l'utilisation d'armes de défense,
- travail en hauteur à plus de quatre mètres du sol ou sur plate-forme d'exploration ou de forage,
- descente en puits, mines ou carrières, en galeries,
- entraînant une exposition à des substances ou produits dangereux (toxiques, corrosifs, explosifs, ou inflammables).

III - GARANTIES FACULTATIVES

Les garanties suivantes sont facultatives et s'appliquent uniquement lorsqu'elles sont souscrites et mentionnées aux Conditions Particulières du contrat.

Article 7 - INVALIDITÉ PERMANENTE ET TOTALE

En cas d'Invalidité Permanente et Totale de l'Assuré telle que définie à l'article 2 des présentes Conditions Générales et **constatée pendant la période de validité des garanties**, l'Assureur paiera le capital indiqué aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier, dès la consolidation de l'Invalidité. Ce capital est égal au capital de la garantie de base (article 4 des présentes Conditions Générales) dans la limite de 5.000.000 € par personne assurée au sein de MetLife.

Le capital assuré au titre la garantie Invalidité Permanente et Totale reste constant jusqu'à l'échéance annuelle qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré, puis il décroît de 20% par an à chaque échéance annuelle du contrat comme indiqué dans le tableau :

	65 ans	66 ans	67 ans	68 ans	69 ans	70 ans
% Capital IPT	100 %	80 %	60 %	40 %	20 %	0 %

A l'échéance annuelle du contrat suivant le 60^{ème} anniversaire de l'Assuré, si le montant du capital garanti en cas d'Invalidité Permanente et Totale est supérieur à 2.500.000 € par personne assurée au sein de MetLife, le montant du capital assuré est limité à 2.500.000 € puis est ensuite réduit selon le tableau ci-dessus.

Pour maintenir le montant du capital Invalidité Permanente et Totale à un montant supérieur à 2.500.000 € par personne assurée au sein de MetLife, le Souscripteur devra en faire la demande auprès de l'Assureur dans un délai de 3 mois suivant l'échéance annuelle du contrat qui suit le 60^{ème} anniversaire de l'Assuré. Toute demande qui interviendrait après ce délai ne sera pas prise en compte. A partir de l'échéance annuelle qui suit le 66^{ème} anniversaire de l'Assuré, le capital maintenu sera également réduit selon le tableau ci-dessus.

Toute modification du capital assuré à la suite de la sélection financière, est constatée par avenant au contrat.

La preuve de l'Invalidité incombe à l'Assuré, lequel est tenu de déclarer la survenance d'un cas d'Invalidité et de faire parvenir à l'Assureur un certificat détaillé du médecin traitant.

L'éligibilité au bénéfice de la garantie Invalidité Permanente et Totale doit être constatée et appréciée par le Médecin Conseil ou Expert de l'Assureur qui pourra contrôler à tout moment auprès de l'Assuré la persistance de l'Invalidité.

Le versement du capital en cas d'Invalidité Permanente et Totale met fin au contrat dans toutes ses clauses et conditions.

En aucun cas, les capitaux de la garantie de base et de la garantie Invalidité Permanente et Totale ne peuvent se cumuler.

Bénéficiaires

Sauf stipulation contraire aux Conditions Particulières, le bénéfice des prestations garanties en cas d'Invalidité Permanente et Totale reviendra à l'Assuré lui-même.

Article 8 - DOUBLEMENT ACCIDENT

En cas de décès survenu avant l'âge de 70 ans, ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie survenue avant l'âge de 70 ans, et consécutifs à un Accident survenu dans les 12 mois qui précèdent le Sinistre, l'Assureur doublera le montant du capital de la garantie de base (article 4 des présentes Conditions Générales) dans la limite de 650.000 € par personne assurée au sein de MetLife.

En cas d'Invalidité Permanente et Totale de l'Assuré (si cette garantie est également souscrite), consécutive à un Accident, survenue avant l'âge de 70 ans et dans les 12 mois qui suivent la date de l'Accident, l'Assureur doublera le montant du capital de la garantie facultative (article 7 des présentes Conditions Générales) dans la limite de 650.000 € par personne assurée au sein de MetLife.

Bénéficiaires

Les bénéficiaires en cas de décès de l'Assuré sont indiqués aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier. Sauf stipulation contraire aux Conditions Particulières, le bénéfice des prestations garanties en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité Permanente et Totale reviendra à l'Assuré lui-même.

Article 9 - INDEMNITES JOURNALIERES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré avant l'âge de 70 ans et pour autant qu'il exerce au moment du Sinistre une activité professionnelle lui rapportant gain ou profit (à l'exclusion de toute activité exercée à temps partiel thérapeutique), et tant que le contrat est en vigueur, l'Assureur verse les indemnités journalières figurant aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier.

Les indemnités journalières sont limitées à 1 000 € par jour par personne assurée au sein de MetLife.

Hormis dérogation spécifiée sur les Conditions Particulières, après étude du dossier par l'Assureur, le montant de l'Indemnité Journalière assuré, rapporté à une base annuelle, ne doit pas dépasser :

- 100% des revenus professionnels nets fiscaux (hors dividendes) de l'Assuré, figurant sur le dernier avis d'imposition au jour de sa souscription, si l'Assuré est un Travailleur Non Salarié.
- 30% des revenus professionnels nets fiscaux de l'Assuré, figurant sur le dernier avis d'imposition au jour de sa souscription, si l'Assuré est un salarié.

Le versement des indemnités journalières s'effectue dès la fin de la période de Franchise indiquée aux Conditions Particulières du contrat ou au dernier avenant venant le modifier.

La durée de versement des indemnités journalières diminue en fonction de l'âge de l'Assuré au moment du sinistre :

- jusqu'à 64 ans inclus, la durée de prise en charge est limitée à 1 095 jours par sinistre
- de 65 à 66 ans inclus, la durée de prise en charge est limitée à 730 jours par sinistre
- à partir de 67 ans inclus, la durée de prise en charge est limitée à 365 jours par sinistre.

Le versement des indemnités journalières est interrompu dès que l'Assuré reprend ou est apte à reprendre une activité professionnelle, même à temps partiel, ou dès lors que l'assuré liquide ses droits à la retraite relatifs à son activité professionnelle au moment du sinistre.

Quand l'Assuré est de nouveau en état d'Incapacité Temporaire Totale, pour les mêmes raisons médicales que celles de son arrêt précédent, l'Assureur considère qu'il y a rechute si cet arrêt de travail se produit dans les deux mois suivant sa reprise d'activité. Dans ce cas, l'Assureur traite ces deux arrêts comme un seul et même Sinistre : il n'applique pas de nouvelle période de Franchise et indemnise l'Assuré dans les mêmes conditions et limites que prévues aux paragraphes précédents.

Bénéficiaire

Sauf stipulation contraire aux Conditions Particulières, le bénéfice des prestations garanties en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail reviendra à l'Assuré lui-même.

Article 10 - EXONERATION DU PAIEMENT DES PRIMES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré avant l'âge de 70 ans et pour autant qu'il exerce au moment du Sinistre une activité professionnelle lui rapportant gain ou profit (à l'exclusion de toute activité exercée à temps partiel thérapeutique), l'Assureur remboursera les primes d'assurance réglées au prorata temporis de la période d'incapacité de travail à compter de la fin de la période de franchise de 90 jours.

Cette exonération du paiement des primes dure tant que l'Assuré est en état d'incapacité complète d'exercer toute activité professionnelle lui rapportant gain ou profit, au plus pendant 1 095 jours et au plus tard jusqu'à l'échéance annuelle du contrat qui suit le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré. Quand l'Assuré est de nouveau en état d'Incapacité Temporaire Totale, pour les mêmes raisons médicales que celles de son arrêt précédent, l'Assureur considère qu'il y a rechute si cet arrêt de travail se produit dans les deux mois suivant sa reprise d'activité. Dans ce cas, l'Assureur traite ces deux arrêts comme un seul et même Sinistre : il n'applique pas de nouvelle période de Franchise et remboursera les primes d'assurance réglées dans les mêmes conditions et limites que prévues aux paragraphes précédents.

Bénéficiaire

Le remboursement des primes en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail se fera au Souscripteur.

Article 11 - EXCLUSIONS - GARANTIES FACULTATIVES

L'Assureur garantit l'Invalidité Permanente et Totale, le Doublement Accident, les Indemnités Journalières et l'Exonération du paiement des primes en cas d'Incapacité Temporaire Totale si ces garanties ont été souscrites et figurent aux conditions particulières, sous réserve des exclusions énumérées à l'article 6 et des exclusions énumérées ci-après :

11.1 - Sont toujours exclus les cas suivants, leurs suites et conséquences :

- les sinistres survenant alors que l'Assuré se trouve sous l'emprise d'un état alcoolique caractérisé par la présence, soit dans le sang d'un taux d'alcool pur, égal ou supérieur au seuil fixé par les dispositions du code de la route en vigueur, soit dans l'air expiré d'un taux d'alcool pur, égal ou supérieur au seuil fixé par les dispositions du code de la route en vigueur ;
- les maladies ou Accidents résultant d'une affection psychique, névrose, psychose, trouble de la personnalité, trouble psychosomatique ou état dépressif, sauf si elles nécessitent une hospitalisation de plus de 10 jours continus en milieu psychiatrique ;
- les arrêts de travail correspondant à la période de congé de maternité de la sécurité sociale, que l'assurée y soit ou non assujettie ;
- les atteintes discales et/ou vertébrales sauf si elles nécessitent au moins 5 jours d'hospitalisation continue ou s'il s'agit d'une fracture ou s'il y a eu une intervention chirurgicale ;
- les Accidents résultant du non-respect par l'Assuré des prescriptions réglementaires applicables à l'exercice des sports et activités qu'il pratique.
- L'usage par l'assuré de stupéfiants ou substances analogues, médicaments ou traitements à doses non prescrites médicalement.

11.2 - En outre, sont également exclues les suites et conséquences d'Accidents résultant de la pratique par l'Assuré des sports ou activités suivants :

Toutefois, à la demande du Souscripteur, les sports ou activités mentionnés à l'article 11.2 peuvent être garantis, sous réserve de l'acceptation par l'Assureur indiquée aux Conditions Particulières et moyennant une tarification spéciale.

- tout sport à titre professionnel ;
- toute participation à des paris, tentatives de records ;
- sports extrêmes : raid aventure ; saut à l'élastique ; base jump ; canyoning ; rafting ; zorbing ; exercices acrobatiques ;
- moto en compétition ; tout sport automobile ;
- tout sport de neige ou de glace (sauf patinage, pratique sur piste balisée de ski alpin, ski de fond, monoski et surf) ;
- tout sport de combat ; arts martiaux ;
- motonautisme ; planche à voile à plus de 1 mile des côtes ; yachting ; plongée sous-marine ;
- alpinisme ; escalades en montagne et passage de glaciers ; spéléologie ; randonnée en montagne en solitaire ou au-delà de 3000 mètres ;
- équitation en compétition ; courses de chevaux ; équitation avec sauts d'obstacle ; chasse à courre ; polo ;
- tout sport aérien y compris le parachutisme, l'ULM, le vol à voile, la voltige aérienne, le deltaplane et le parapente ; l'utilisation avec ou sans conduite d'un avion de tourisme ;
- tauromachie ; cyclisme en compétition.

Les garanties facultatives sont acquises lorsque les sports mentionnés à l'art. 11.2 sont pratiqués, de manière exceptionnelle, dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation avec l'encadrement d'un personnel qualifié et titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires.

IV - LA VIE DU CONTRAT

Article 12 - GARANTIE PROVISOIRE DECES ACCIDENTEL

L'Assureur couvre provisoirement le risque de décès de l'Assuré consécutif à un Accident, à hauteur du capital à assurer figurant sur la proposition d'assurance, dans la limite d'un MONTANT MAXIMUM DE 500.000 €.

Cette garantie provisoire Décès Accidentel ne couvre que les Assurés âgés de moins de 70 ans au jour de la réception par l'Assureur de la proposition d'assurance dûment complétée et signée.

Pour un même Assuré, la garantie provisoire décès accidentel ne pourra pas excéder 500.000 € quel que soit le nombre de propositions d'assurance soumises.

La garantie provisoire décès accidentel prend effet à la date de réception par l'Assureur de la proposition d'assurance dûment complétée et signée.

Cette garantie cesse, sans autre avis :

- 15 jours calendaires après l'envoi, par l'Assureur à la personne à assurer, d'un courrier de demande d'informations complémentaires resté sans réponse ;
- 7 jours calendaires après l'envoi, par l'Assureur à la personne à assurer, de la notification de refus ou d'ajournement ou de la lettre d'acceptation indiquant les éventuelles surprimes ou exclusions, restée sans réponse ;
- 7 jours calendaires après l'envoi, par l'Assureur au Souscripteur ou à son mandataire, des Conditions Particulières.

La durée maximale de la garantie est de 45 jours à compter de sa prise d'effet, à l'issue desquels elle expire de plein droit.

La prise d'effet du contrat Super Novaterm entraîne l'annulation de la garantie provisoire décès accidentel, dans toutes ses clauses et conditions, les deux garanties décès ne pouvant se cumuler.

Cette garantie est accordée sous réserve des exclusions énoncées à l'article 6 des présentes conditions générales et n'est valable que pour les décès suite à des Accidents survenus en Europe, aux Etats-Unis, au Canada, au Japon et en Australie.

Article 13 - DATE D'EFFET

Sauf couverture de la garantie provisoire décès accidentel décrite à l'article 12, le contrat d'assurance prend effet à la date indiquée sur les Conditions Particulières sous réserve de l'encaissement de la première prime par l'Assureur.

Article 14 - DUREE DU CONTRAT

Le contrat SUPER NOVATERM est souscrit pour une période d'un an. A l'issue de cette période, il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction aux conditions visées dans les Conditions Particulières.

En aucun cas, le contrat ne peut être renouvelé au-delà de l'échéance annuelle suivant le 90^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Article 15 - MODIFICATION DU CONTRAT

Toute modification au niveau des garanties est soumise à l'accord préalable de l'Assureur.

Toute modification du contrat fera l'objet d'un avenant signé par l'Assuré, le Souscripteur, l'Assureur et les Bénéficiaires si ceux-ci ont accepté le contrat.

Article 16 - PAIEMENT DES PRIMES - RÉSILIATION

Le montant des primes figure aux Conditions Particulières ou au dernier avenant venu les modifier. Ce montant est déterminé en fonction de l'âge de l'Assuré au moment de la souscription puis à chaque date anniversaire du contrat, des montants de capital garantis, du montant des indemnités journalières garanti et de la franchise choisie, conformément à l'application du tarif de base en vigueur et des conclusions des formalités d'acceptation. L'engagement du Souscripteur porte sur le paiement de la prime aux échéances prévues.

Les primes sont payables d'avance, aux échéances prévues. Toute taxe présente ou future établie sur le contrat d'assurance est à la charge du Souscripteur et payable en même temps que la prime. Le paiement des primes peut être soit annuel, soit fractionné par semestre, trimestre ou mois. Le paiement par prélèvement automatique est obligatoire pour les fractionnements mensuels ou trimestriels.

Le Souscripteur peut mettre fin au contrat à chaque échéance de paiement de prime par lettre recommandée adressée à l'Assureur à l'adresse suivante :

MetLife
Service Gestion Relation Clientèle
Coeur Défense - Tour A
110, Esplanade du Général de Gaulle
92931 LA DEFENSE Cedex

Le contrat prendra fin à l'issue de la période de garantie précédemment payée. La résiliation ne donne lieu à aucun remboursement de primes de la part de l'Assureur.

Conformément aux dispositions de l'Article L.132-20 du Code des assurances, lorsqu'une prime ou fraction de prime n'est pas payée dans les 10 jours suivant son échéance, l'Assureur adresse au Souscripteur une lettre recommandée de mise en demeure par laquelle il l'informe qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de cette lettre, le défaut de paiement de la prime ou fraction de prime échue ainsi que les primes venues à échéance au cours de ce délai entraîne la résiliation de plein droit du contrat.

V - FORMALITES EN CAS DE SINISTRE

Article 17 - DECLARATION DU SINISTRE

Sauf cas fortuit ou de force majeure, l'Assuré ou les Bénéficiaires doivent, dès qu'ils ont connaissance d'un Sinistre susceptible d'entraîner l'application des garanties, en informer l'Assureur, à l'adresse suivante :

MetLife
Service Indemnisations
Coeur Défense - Tour A
110, Esplanade du Général de Gaulle
92931 LA DEFENSE Cedex

Pour les garanties Indemnités journalières et Exonération du paiement des primes en cas d'Incapacité Temporaire Totale, la déclaration doit être faite dans un délai maximum de 30 jours suivant la fin de la période de Franchise de la garantie concernée.

L'Assuré ou les Bénéficiaires (son représentant légal ou ses ayants droit) doivent fournir à leurs frais, par lettre recommandée, les pièces médicales ou tout autre document dont l'Assureur ou son Médecin Conseil demandera la production (toute pièce médicale est à envoyer sous pli confidentiel au Médecin Conseil de l'Assureur).

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

L'Assureur peut, à ses frais, faire procéder à tout moment à des enquêtes et demander que l'Assuré se fasse examiner par un médecin désigné par l'Assureur.

Aucune indemnisation ne sera versée en cas de refus opposé à ces contrôles.

Le paiement des prestations garanties est effectué par l'Assureur dans un délai maximum de trente jours suivant la remise des pièces justificatives énumérées ci-après ou de tout autre document pouvant être demandé par l'Assureur.

Article 18 - PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR EN CAS DE DECES :

- l'original du contrat (Conditions Particulières, Conditions Générales et avenants éventuels),
- l'original de l'acte de décès de l'Assuré,
- un certificat médical constatant le décès et en précisant la cause,
- un extrait d'acte de naissance datant de moins de 3 mois lorsque le Bénéficiaire est une personne physique,
- un certificat Post Mortem et une déclaration de décès (documents fournis par l'Assureur),
- un procès verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre rapport des autorités locales en cas d'Accident ou pour tout autre événement ayant donné lieu à l'établissement de ce type de document.

Le ou les bénéficiaires du capital en cas de décès peuvent demander à l'Assureur que le versement de ce capital soit fractionné sous forme d'annuités certaines. Cette demande devra être faite, au plus tard, lors de la remise des pièces justificatives nécessaires au règlement du capital garanti.

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

Article 19 - PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE OU D'INVALIDITE PERMANENTE ET TOTALE :

- l'original du contrat (Conditions Particulières, Conditions Générales et avenants éventuels),
- un certificat médical détaillé, établissant la nature et la cause de l'invalidité, un descriptif de l'état de santé ainsi que sa date de stabilisation,
- les rapports d'expertises médicales et judiciaires,
- la notification d'attribution de pension versée par la Sécurité Sociale, lorsque l'Assuré est assuré social,
- le certificat médical de constatation initiale (document fourni par l'Assureur).
- un procès verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre rapport des autorités locales en cas d'Accident ou pour tout autre événement ayant donné lieu à l'établissement de ce type de document.

L'Assuré peut demander à l'Assureur que le versement du capital soit fractionné sous forme d'annuités certaines. Cette demande devra être faite, au plus tard, lors de la remise des pièces justificatives nécessaires au règlement du capital garanti.

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

Article 20 - PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE ET / OU DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES PRIMES

En cas d'Incapacité Temporaire Totale, la demande d'indemnités journalières et / ou de remboursement des primes doit être faite dans les délais et conditions mentionnés à l'Article 17.

A défaut de déclaration dans le délai imparti, l'indemnisation ne pourra débuter qu'à partir du jour de la réception de la déclaration par l'Assureur.

Toute demande dont la déclaration sera reçue dans un délai supérieur à 3 mois après la fin de la période de Franchise ne sera pas prise en charge ni indemnisée par l'Assureur.

La demande doit être accompagnée :

- de l'arrêt de travail initial,
- d'un certificat médical détaillé établi par le médecin traitant (document fourni par l'Assureur),
- des avis de prolongation d'arrêt de travail,
- des décomptes de la Sécurité Sociale correspondant à l'arrêt de travail, lorsque l'Assuré est assuré social,
- d'un procès verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre rapport des autorités locales en cas d'Accident ou pour tout autre événement ayant donné lieu à l'établissement de ce type de document.

L'Assureur se réserve la possibilité de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

VI - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 21 - CHANGEMENT DE DOMICILE

Le Souscripteur est tenu d'aviser l'Assureur de tout changement de domicile. A défaut, les lettres recommandées que nous adresserons à son dernier domicile connu seront réputées avoir été reçues.

Article 22 - DROIT DE RENONCIATION

Conformément aux dispositions de l'Article L. 132-5-1 du Code des assurances, le Souscripteur a la faculté de renoncer à son contrat, dans les 30 jours qui suivent le moment où il est informé que le contrat est conclu. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, envoyée à l'adresse suivante :

MetLife
Service Gestion Relation Clientèle
Coeur Défense - Tour A
110, Esplanade du Général de Gaulle
92931 LA DEFENSE Cedex

Modèle de lettre de renonciation

« Je soussigné(e), (Nom, Prénom), déclare renoncer au contrat d'assurance SUPER NOVATERM N° [] souscrit le [] / [] / [] et vous prie de m'adresser personnellement le remboursement de la prime versée, soit [] €.

J'ai bien noté que la renonciation est effective à compter de la date d'envoi de la présente lettre et met fin aux garanties.

Fait à [] le [] / [] / [] Signature : »

La renonciation entraîne la cessation immédiate de toutes les garanties du présent contrat et la restitution de l'intégralité des sommes versées par le Souscripteur dans le délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la demande de renonciation.

Article 23 - RECLAMATIONS - MEDIATION

Toute réclamation concernant le contrat doit être adressée à **MetLife - Service Gestion Relation Clientèle - Coeur Défense - Tour A - 110, Esplanade du Général de Gaulle - 92 931 LA DEFENSE Cedex**. Un accusé de réception sera adressé sous 48 heures et une réponse sera adressée dans un délai de 30 jours ouvrés, sauf si la complexité nécessite un délai complémentaire.

En cas de réponse défavorable, un recours peut être adressé au Médiateur Interne de MetLife, et ce avant tout recours auprès du Médiateur de l'Assurance, dont les coordonnées sont les suivantes :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

Toute réclamation effectuée est sans préjudice des droits d'intenter une action en justice.

Article 24 - ARBITRAGE ET LITIGE

Si les parties ne sont pas d'accord sur la prise en charge d'un Sinistre, avant toute action judiciaire, elles désigneront chacune un expert. Si les experts ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième expert désigné d'un commun accord. Les trois experts opèrent en commun et à la majorité des voix.

Chaque partie paiera les honoraires de son expert et supportera par moitié les honoraires du troisième expert ainsi que tous frais relatifs à sa nomination. A défaut d'accord sur l'arbitrage amiable, les parties se réservent le droit de porter le litige devant la juridiction française compétente et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.

Article 25 - PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les Données Personnelles recueillies lors de la souscription sont nécessaires au traitement du dossier. Le Souscripteur certifie l'exactitude des données qu'il fournit à l'Assureur, responsable du traitement. Ce dernier pourra les transmettre, le cas échéant, à ses sous-traitants, mandataires et réassureurs qui peuvent se trouver hors de l'Union Européenne. L'Assureur veille alors à mettre en place des mesures de sécurisation des données équivalentes à celles applicables en France. Les informations recueillies pour la mise en place du prélèvement SEPA sont destinées à MetLife ainsi qu'à l'établissement bancaire prélevant les cotisations. Elles peuvent faire l'objet d'un transfert temporaire vers les Etats-Unis, dans le respect d'un niveau de protection des données personnelles équivalent à celui garanti par la législation française. Les Données Personnelles pourront être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, le blanchiment des capitaux ou le financement du terrorisme. Le Souscripteur pourra accéder, conformément à la loi Informatique et Libertés à ses données, les faire rectifier, ou s'opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant une demande écrite à l'attention du Correspondant Informatique et Libertés, en précisant les nom, adresse et référence client, accompagnée d'un justificatif d'identité à :

MetLife
Cœur Défense - Tour A
110 Esplanade du Général de Gaulle
92931 LA DEFENSE Cedex

Le Souscripteur peut également s'opposer à l'utilisation des données à des fins de prospection commerciale par lettre simple envoyée à l'adresse ci-dessus. Les dispositions ci-dessus s'appliquent également à l'Assuré, s'il est différent du Souscripteur.

Article 26 - PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- toute demande en justice, même en référé, tout acte d'exécution forcée,
- toute reconnaissance par l'Assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'Assureur.

Elle peut également être interrompue :

- par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime, ou par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Article 27 - ORGANISME DE CONTROLE

L'Assureur est soumis au contrôle de la Central Bank of Ireland (l'autorité de tutelle irlandaise), P.O. Box 11517 Spencer Dock, Dublin 1, IRLANDE.

Article 28 - LOI APPLICABLE ET JURIDICTION

Le présent contrat ainsi que les relations pré-contractuelles sont régis par la loi française à laquelle les parties déclarent se soumettre. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

Article 29 - FISCALITE APPLICABLE AU CONTRAT

Le présent contrat est régi par les dispositions applicables aux contrats d'assurance vie.

29-1 – FISCALITE APPLICABLE AUX SOUSCRIPTIONS AUTRE QUE PREVOYANCE HOMME-CLE

Selon la réglementation applicable au 1^{er} juillet 2014, **l'intégralité des capitaux perçus** issus de contrats d'assurance décès prévoyance **est exonérée de droits de succession et de fiscalité. Seules les primes versées entreront dans l'assiette taxable.**

Pour les primes versées avant les 70 ans de l'assuré :

Au delà d'un abattement de 152.500 € par bénéficiaire⁽¹⁾ et jusqu'à 700.000 €, le montant de la dernière prime annuelle est taxé de 20%. Au delà de 700.000 €, ce taux passe à 31,25% (Article 990I B du Code Général de Impôts).

Attention : lorsque plusieurs contrats d'assurance sur la vie, sont conclus sur la tête d'un même assuré, au profit d'un même bénéficiaire, il est tenu compte de l'ensemble des sommes versées au bénéficiaire au titre de ces contrats pour déterminer l'abattement de 152.500 €.

Pour les primes versées après les 70 ans de l'assuré :

Droits de succession, mais uniquement sur le montant des primes versées après 70 ans et après abattement global de 30.500 €⁽¹⁾ (Article 757 B du Code Général des Impôts)

Attention : lorsque plusieurs contrats d'assurance sur la vie, sont conclus sur la tête d'un même assuré et quel que soit le nombre de bénéficiaires, il est tenu compte de l'ensemble des contrats pour apprécier le franchissement du seuil de 30.500 €.

(1) Sauf exonération totale désormais au profit du conjoint ou partenaire pacsé et, sous certaines conditions, des frères et sœurs.

29-2 – FISCALITE APPLICABLE AUX SOUSCRIPTIONS PREVOYANCE HOMME-CLE

Selon la réglementation applicable au 1^{er} mars 2011 :

Pour les primes versées : les primes versées peuvent être déduites du bénéfice imposable de l'entreprise l'année de leur versement au titre des charges d'exploitation.

Le capital décès est imposable en tant que profit exceptionnel avec possibilité d'étalement sur 5 ans par parts égales sur l'année de sa réalisation et sur les quatre années suivantes.