



Merci d'envoyer votre demande à votre Conseiller Vie ou à l'adresse suivante : SMAVie BTP – TSA 22571 – 92894 NANTERRE CEDEX 9.

Données obligatoires – Merci de joindre une copie d'une pièce d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité ou passeport).

Je soussigné(e) Monsieur Madame

Nom et prénom : _____ Nom de naissance : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Nationalité : Française Autre : _____ Résidence fiscale : Française Autre : _____

Etes-vous citoyen ou résident des Etats-Unis d'Amérique ? OUI NON

Avez-vous un numéro fiscal américain TIN (Taxpayer Identification Number) ? | | | | | | | | | |

Adresse complète : _____

Adresse Mail : personnelle _____ professionnelle : _____

Cochez votre préférence de contact Mail. Ne souhaite pas être contacté(e) par e-Mail

Téléphone : mobile : _____ personnel ou domicile : _____ professionnel : _____

Cochez votre préférence de contact téléphonique. Ne souhaite pas être contacté(e) par téléphone

Je déclare que ma situation familiale et patrimoniale a évolué et que les informations que j'ai communiquées à SMAVie BTP nécessitent d'être actualisées avec mon conseiller vie. A défaut de déclaration contraire, SMAVie BTP considère que toutes les informations que vous avez communiquées sont toujours actuelles. Dans tous les cas, je m'engage à informer SMAVie BTP de toute modification substantielle de ma situation familiale et patrimoniale.

demande à modifier la clause bénéficiaire en cas de décès de mon adhésion comme suit* :

(cocher les cases correspondant à votre demande et renseigner les parties associées)

Merci d'indiquer le(s) contrat(s) concerné(s) et la(les) nouvelle(s) clause(s) à prendre en compte :

Numéro d'adhésion du ou des contrat(s) concerné(s) (1 numéro par case) :

Numéro d'adhésion	Numéro de la clause Préciser : 1 ou 2,... selon la clause choisie ci-dessous	Numéro d'adhésion	Numéro de la clause Préciser : 1 ou 2,... selon la clause choisie ci-dessous

Nouvelle(s) clause(s) à prendre en compte :

Concerne exclusivement les contrats d'assurance vie auxquels a adhéré une personne physique et n'ayant pas fait l'objet d'une acceptation de bénéfice.

Vous souhaitez désigner comme bénéficiaire(s) :	Nous vous invitons à prévoir la clause bénéficiaire suivante :
<input type="checkbox"/> 1 / votre conjoint ou partenaire de PACS :	Le conjoint ou partenaire de PACS de l'assuré, à défaut et par parts égales les enfants nés ou à naître de l'assuré, vivants ou représentés par suite de prédécès ou de renonciation au bénéfice, à défaut, les héritiers légaux de l'assuré.
<input type="checkbox"/> 2 / votre conjoint non séparé, non divorcé :	Le conjoint de l'assuré, non séparé de corps, ni engagé dans une procédure de divorce ou de séparation de corps, au jour de son décès , à défaut et par parts égales les enfants nés ou à naître de l'assuré, vivants ou représentés par suite de prédécès ou de renonciation au bénéfice, à défaut, les héritiers légaux de l'assuré.
<input type="checkbox"/> 3 / votre partenaire de PACS :	Le partenaire de PACS de l'assuré , à défaut et par parts égales ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par suite de prédécès ou de renonciation au bénéfice, à défaut, les héritiers légaux de l'assuré.
<input type="checkbox"/> 4 / vos enfants par parts égales entre eux :	Les enfants de l'assuré nés ou à naître par parts égales entre eux , vivants ou représentés par suite de prédécès ou de renonciation au bénéfice. A défaut, les héritiers légaux de l'assuré.
<input type="checkbox"/> 5 / vos héritiers :	Les héritiers légaux de l'assuré en proportion de leurs parts héréditaires. (Clause obligatoire si l'assuré est un mineur ou un majeur sous tutelle).
<input type="checkbox"/> 6 / désignation personne morale : (après vérification de sa capacité juridique à recevoir)	La société : (Raison sociale) _____, Adresse complète du siège social : _____, à défaut les héritiers légaux de l'assuré.
<input type="checkbox"/> 7 / les personnes suivantes par parts égales entre elles : (genre, nom, prénom, date de naissance, lieu de naissance, adresse complète, à répéter pour chaque bénéficiaire nommé et à compléter le cas échéant par courrier libre)	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle Nom : _____, Prénom : _____, né(e) le _____, à ville : _____, pays : _____, résidant actuellement à (adresse complète) : _____
	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle Nom : _____, Prénom : _____, né(e) le _____, à ville : _____, pays : _____, résidant actuellement à (adresse complète) : _____
	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle Nom : _____, Prénom : _____, né(e) le _____, à ville : _____, pays : _____, résidant actuellement à (adresse complète) : _____
	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle Nom : _____, Prénom : _____, né(e) le _____, à ville : _____, pays : _____, résidant actuellement à (adresse complète) : _____

par parts égales entre eux, vivants ou représentés par suite de prédécès ou de renonciation au bénéfice. A défaut les héritiers légaux de l'assuré.

<input type="checkbox"/> 8 / les personnes suivantes par parts inégales entre elles : <i>(genre, nom, prénom, date de naissance, lieu de naissance, adresse complète, à répéter pour chaque bénéficiaire nommé et à compléter le cas échéant par courrier libre)</i>	_____ %	pour <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle Nom : _____, Prénom : _____, né(e) le _____, à ville : _____, pays : _____, résidant actuellement à (adresse complète) : _____ _____
	_____ %	pour <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle Nom : _____, Prénom : _____, né(e) le _____, à ville : _____, pays : _____, résidant actuellement à (adresse complète) : _____ _____
	_____ %	pour <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle Nom : _____, Prénom : _____, né(e) le _____, à ville : _____, pays : _____, résidant actuellement à (adresse complète) : _____ _____
	_____ %	pour <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle Nom : _____, Prénom : _____, né(e) le _____, à ville : _____, pays : _____, résidant actuellement à (adresse complète) : _____ _____
	_____ %	pour <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle Nom : _____, Prénom : _____, né(e) le _____, à ville : _____, pays : _____, résidant actuellement à (adresse complète) : _____ _____
	_____ %	pour <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle Nom : _____, Prénom : _____, né(e) le _____, à ville : _____, pays : _____, résidant actuellement à (adresse complète) : _____ _____
	100 %	, vivants ou représentés par suite de prédécès ou de renonciation au bénéfice. A défaut les héritiers légaux de l'assuré.
<input type="checkbox"/> 9 / Vous souhaitez désigner votre (vos) bénéficiaire(s) par testament :	Selon dispositions testamentaires déposées en l'étude de maître Nom _____, Notaire à adresse : _____ , à défaut les héritiers légaux de l'assuré.	
<input type="checkbox"/> 10 / Vous souhaitez désigner votre (vos) bénéficiaire(s) auprès de votre notaire :	Selon clause bénéficiaire déposée en l'étude de maître Nom _____, Notaire à adresse : _____ , à défaut les héritiers légaux de l'assuré.	
<input type="checkbox"/> 11 / Vous souhaitez faire une désignation spécifique :	Nous vous invitons à vous rapprocher de votre conseiller SMAvie qui vous guidera dans la rédaction de votre clause.	

***Votre conseiller reste à votre disposition pour vous guider ou vous orienter.**

Fait à _____
 Le _____

Informatique et libertés. L'assuré peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la société et de ses partenaires (organismes professionnels, mandataires, partenaires commerciaux, ...). Ces informations sont utilisées dans le cadre de la gestion du contrat. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante : SMAvie BTP – TSA 22571 – 92894 NANTERRE CEDEX 9 (Loi 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004). **Acceptez-vous de recevoir des informations commerciales par voie électronique, des sociétés du groupe SMABTP et de la SGAM BTP ?** OUI NON

Signature de l'assuré

Signature de l'adhérent

SMAvie BTP

Société mutuelle d'assurance sur la vie du bâtiment et des travaux publics
 Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes
 Entreprise régie par le code des assurances - RCS PARIS 775 684 772
 8 rue Louis Armand CS 71201 - 75738 Paris cedex 15

www.groupe-sma.fr

