



✓ ADHÉRENT (A REMPLIR OBLIGATOIREMENT)

Civilité : Monsieur Madame

Nom et prénom : _____ nom de naissance : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse complète : _____

Adresse mail : personnel professionnel

Cocher votre préférence de contact Mail.

Téléphone : mobile personnel ou domicile professionnel

Cocher votre préférence de contact téléphonique.

Situation familiale : Marié(e) Pacsé(e) Concubinage Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve)

Situation professionnelle :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chef d'entreprise | <input type="checkbox"/> Cadre et profession intellectuelle supérieure | <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Gérant non salarié | <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire (ex : agent de maîtrise, technicien, ...) | |
| <input type="checkbox"/> Artisan | <input type="checkbox"/> Employé | <input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant |
| <input type="checkbox"/> Profession libérale | <input type="checkbox"/> Ouvrier | <input type="checkbox"/> Employé fonction publique |
| <input type="checkbox"/> Commerçant | <input type="checkbox"/> Retraité | <input type="checkbox"/> Cadre fonction publique |

Profession exercée ou si vous êtes retraité dernière activité exercée : _____

Secteur professionnel : Bâtiment Travaux publics Connexe BTP Autre : _____

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) ? OUI NON **Si OUI →→ n° TIN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Etes-vous une personne politiquement exposée (PPE) au sens des articles L.561-10 et R.561-18 du Code Monétaire et Financier ? OUI NON

Personne Politiquement Exposée (PPE) : J'exerce ou ai exercé au cours des 12 derniers mois une fonction politique, juridictionnelle ou administrative ou je suis un membre direct de la famille d'une personne exerçant ou ayant exercé une telle fonction ou je suis étroitement associé(e) à une personne exerçant ou ayant exercé une telle fonction.

✓ CO-ADHÉRENT

Civilité : Monsieur Madame

Nom et prénom : _____ nom de naissance : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse complète : _____

Adresse mail : personnel professionnel

Cocher votre préférence de contact Mail.

Téléphone : mobile personnel ou domicile professionnel

Cocher votre préférence de contact téléphonique.

Situation familiale : Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve)

Situation professionnelle :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chef d'entreprise | <input type="checkbox"/> Cadre et profession intellectuelle supérieure | <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Gérant non salarié | <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire (ex : agent de maîtrise, technicien, ...) | |
| <input type="checkbox"/> Artisan | <input type="checkbox"/> Employé | <input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant |
| <input type="checkbox"/> Profession libérale | <input type="checkbox"/> Ouvrier | <input type="checkbox"/> Employé fonction publique |
| <input type="checkbox"/> Commerçant | <input type="checkbox"/> Retraité | <input type="checkbox"/> Cadre fonction publique |

Profession exercée ou si vous êtes retraité dernière activité exercée : _____

Secteur professionnel : Bâtiment Travaux publics Connexe BTP Autre : _____

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) ? OUI NON **Si OUI →→ n° TIN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Etes-vous une personne politiquement exposée (PPE) au sens des articles L.561-10 et R.561-18 du Code Monétaire et Financier ? OUI NON

Personne Politiquement Exposée (PPE) : J'exerce ou ai exercé au cours des 12 derniers mois une fonction politique, juridictionnelle ou administrative ou je suis un membre direct de la famille d'une personne exerçant ou ayant exercé une telle fonction ou je suis étroitement associé(e) à une personne exerçant ou ayant exercé une telle fonction.

IMPORTANT - FOURNIR OBLIGATOIREMENT UNE COPIE DE LA PIÈCE D'IDENTITÉ EN COURS DE VALIDITÉ

De l'adhérent : Carte Nationale d'Identité Passeport Titre de séjour **Du co-adhérent :** Carte Nationale d'Identité Passeport Titre de séjour

✓ PAYEUR DE COTISATIONS (ne remplir cette rubrique que si le payeur de cotisations est différent de l'adhérent)

Au titre d'un don manuel ou d'un présent d'usage (joindre le formulaire IV5003) **Au titre d'un avantage en nature**

Dans tous les cas, préciser le lien avec l'adhérent (lien de parenté, professionnel, ...) :

Joindre un justificatif du lien avec le sociétaire (afin de vérifier s'il est dans la liste des tiers autorisés).

PERSONNE PHYSIQUE Monsieur Madame

Nom et prénom : _____ nom de naissance : _____

Date de naissance : _____ lieu de naissance : _____

Adresse complète : _____

Adresse mail : personnel professionnel _____

Cocher votre préférence de contact Mail.

Téléphone : mobile personnel ou domicile professionnel _____

Cocher votre préférence de contact téléphonique.

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

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

Avez-vous un numéro américain TIN (Taxpayer Identification Number) ? OUI NON Si OUI → n° TIN | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Etes-vous une personne politiquement exposée (PPE) au sens des articles L.561-10 et R.561-18 du Code Monétaire et Financier ? OUI NON

Personne Politiquement Exposée (PPE) : J'exerce ou ai exercé au cours des 12 derniers mois une fonction politique, juridictionnelle ou administrative ou je suis un membre direct de la famille d'une personne exerçant ou ayant exercé une telle fonction ou je suis étroitement associé(e) à une personne exerçant ou ayant exercé une telle fonction.

PERSONNE MORALE : dénomination ou raison sociale* : _____ forme juridique* : _____

Adresse du siège social: _____

Code postal : _____ Ville : _____

Pays : _____

Date de création _____ n° d'immatriculation (N°SIRET/RNA) : _____

Code NAF (activité) : _____ Pays de création : _____

Identification du représentant légal : Monsieur Madame

Nom et prénom : _____ nom de naissance : _____

Date de naissance : _____ lieu de naissance : _____

Adresse complète : _____

Adresse mail : personnel professionnel _____

Cocher votre préférence de contact Mail.

Téléphone : mobile personnel ou domicile professionnel _____

Cocher votre préférence de contact téléphonique.

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) ? OUI NON Si OUI → n° TIN | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Etes-vous une personne politiquement exposée (PPE) au sens des articles L.561-10 et R.561-18 du Code Monétaire et Financier ? OUI NON

Personne Politiquement Exposée (PPE) : J'exerce ou ai exercé au cours des 12 derniers mois une fonction politique, juridictionnelle ou administrative ou je suis un membre direct de la famille d'une personne exerçant ou ayant exercé une telle fonction ou je suis étroitement associé(e) à une personne exerçant ou ayant exercé une telle fonction.

Identification du bénéficiaire effectif - Le bénéficiaire effectif est celui désigné auprès du greffe du tribunal de commerce.

Pour une personne morale en société, le bénéficiaire effectif est la ou les personnes physiques qui détiennent, directement ou indirectement, plus de 25 % du capital ou des droits de vote de la société ou qui exercent, par tout autre moyen, un pouvoir de contrôle sur les organes de gestion, d'administration ou de direction ou sur l'assemblée générale de la société. Lorsqu'aucune personne physique n'a pu être identifiée, le bénéficiaire effectif est la ou les personnes physiques ci-après :

- Le ou les gérants des sociétés en nom collectif, des sociétés en commandite simple, des sociétés à responsabilité limitée, des sociétés en commandite par actions et des sociétés civiles ;
- Le directeur général des sociétés anonymes à conseil d'administration ;
- Le directeur général unique ou le président du directoire des sociétés anonymes à directoire et conseil de surveillance ;
- Le président et, le cas échéant, le directeur général des sociétés par actions simplifiées.

Si les représentants légaux mentionnés au a) ou au d) sont des personnes morales, le bénéficiaire effectif est la ou les personnes physiques qui représentent légalement ces personnes morales.

Monsieur Madame

Nom et prénom : _____ nom de naissance : _____

Date de naissance : _____ lieu de naissance : _____

Adresse complète : _____

Adresse mail : personnel professionnel _____

Cocher votre préférence de contact Mail.

Téléphone : mobile personnel ou domicile professionnel _____

Cocher votre préférence de contact téléphonique.

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) ? OUI NON Si OUI → n° TIN | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Etes-vous une personne politiquement exposée (PPE) au sens des articles L.561-10 et R.561-18 du Code Monétaire et Financier ? OUI NON

Personne Politiquement Exposée (PPE) : J'exerce ou ai exercé au cours des 12 derniers mois une fonction politique, juridictionnelle ou administrative ou je suis un membre direct de la famille d'une personne exerçant ou ayant exercé une telle fonction ou je suis étroitement associé(e) à une personne exerçant ou ayant exercé une telle fonction.

En cas de pluralité de bénéficiaires effectifs nous vous remercions de bien vouloir remplir le document annexe « Bulletin de désignation relatif à un autre bénéficiaire effectif d'une société ».

IMPORTANT - FOURNIR OBLIGATOIREMENT UNE COPIE DE LA PIÈCE D'IDENTITÉ EN COURS DE VALIDITÉ

Du représentant légal : Carte Nationale d'Identité Passeport Titre de séjour **Du bénéficiaire effectif** : Carte Nationale d'Identité Passeport Titre de séjour

Je reconnais avoir pris connaissance des caractéristiques des supports en unités de compte, dont le capital varie à la hausse ou à la baisse en fonction de l'évolution des marchés financiers (documents d'informations clés pour l'investisseur visés par l'AMF sur www.sma Vie.fr ou auprès de mon conseiller).

Je déclare que ma situation familiale, professionnelle et patrimoniale, la tranche de revenus correspondant à ma situation, ainsi que les objectifs m'ayant amenés à adhérer au contrat n'ont pas changé et que les informations que j'ai communiquées préalablement à SMA Vie BTP sont toujours exactes et à jour. Dans le cas contraire, je prends contact avec mon conseiller SMA Vie ou je mets à jour mes données personnelles dans mon espace client sur www.groupe-sma.fr rubrique « particuliers / votre épargne ».

SMA Vie BTP a souhaité vous apporter le meilleur conseil sur votre opération de versement et votre conseiller s'est tenu à votre disposition pour vous apporter un tel conseil et le formaliser dans un document intitulé Diagnostic Conseil.

J'ai noté que SMA Vie BTP a souhaité m'apporter son conseil et formaliser celui-ci par écrit dans un Diagnostic Conseil.

Dans le cas où je n'ai pas rempli et signé un Diagnostic Conseil au titre de ce versement, je déclare que j'ai choisi de réaliser ce versement sans être conseillé par SMA Vie BTP sur la répartition de mon versement entre les supports financiers et je certifie assumer l'entière responsabilité de ce choix.

Informatique et Libertés. L'assureur, responsable de traitement, est amené à recueillir et traiter vos données personnelles nécessaires à la passation, gestion et exécution de votre contrat d'assurance, à la gestion de la relation commerciale ainsi qu'à l'exercice de toute obligation réglementaire. Vos données pourront être transmises à ses partenaires ou aux autorités compétentes. Vous disposez de droits que vous pouvez exercer par courrier postal au siège de l'assureur ou par mail à deleguealaprotectiondesdonnees@groupe-sma.fr. En savoir plus sur notre site internet.

En application des dispositions du Code de la Consommation, les consommateurs peuvent s'inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Dans ce cas, SMA Vie BTP ne pourra pas les démarcher par téléphone sauf s'ils ont communiqué leur numéro de téléphone afin d'être recontactés ou sauf s'ils sont titulaires d'un contrat en vigueur auprès de SMA Vie BTP.

Acceptez-vous de recevoir des informations commerciales par voie électronique, des sociétés du Groupe SMA et de la SGAM BTP ?

OUI NON

Fait à _____

le _____

Signatures du titulaire et du co-titulaire le cas échéant :

Signature du payeur de cotisations :
(cachet de la personne morale s'il y a lieu)

SMA Vie 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

SMA