



Assuré n° _____ Contrat n° _____ Sociétaire n° _____

VOS COORDONNÉES (A REMPLIR OBLIGATOIREMENT)

Monsieur Madame

Nom et prénom : _____ Nom de naissance : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse complète : _____

Adresse Mail : personnelle professionnelle

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

Téléphone : mobile personnel ou domicile professionnel

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

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

Situation professionnelle :

CSP :

<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"/> Agriculteur exploitant
<input type="checkbox"/> Artisan	<input type="checkbox"/> Employé	<input type="checkbox"/> Employé fonction publique
<input type="checkbox"/> Profession libérale	<input type="checkbox"/> Ouvrier	<input type="checkbox"/> Cadre fonction publique
<input type="checkbox"/> Commerçant	<input type="checkbox"/> Retraité	

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 : _____

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

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

Êtes-vous une personne politiquement exposée (conformément aux 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 (définition prévue par les articles L.561-10 et R561-18 du Code Monétaire et Financier).

**IMPORTANT - DONNÉES OBLIGATOIRES POUR LA LUTTE ANTI-BLANCHIMENT (LOI n° 90-614 du 12 juillet 1990 sur le blanchiment des capitaux)
FOURNIR OBLIGATOIREMENT UNE COPIE DE LA PIÈCE D'IDENTITÉ EN COURS DE VALIDITÉ**

De l'adhérent – assuré : Carte Nationale d'Identité Passeport Titre de séjour

Du payeur de cotisation(s) Carte Nationale d'Identité Passeport Titre de séjour

COORDONNÉES DU 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 : personnelle professionnelle

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

Téléphone : mobile personnel ou domicile professionnel

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

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

Êtes-vous citoyen ou résident des États-Unis d'Amérique ? OUI NON

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

Êtes-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 complète 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 : personnelle professionnelle

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

Téléphone : mobile personnel ou domicile professionnel

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

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

Êtes-vous citoyen ou résident des États-Unis d'Amérique ? OUI NON

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

Êtes-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.

Paraphe de l'assuré

Paraphe du payeur de cotisation le cas échéant

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 :

- a) 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 ;
- b) Le directeur général des sociétés anonymes à conseil d'administration ;
- c) Le directeur général unique ou le président du directoire des sociétés anonymes à directoire et conseil de surveillance ;
- d) 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 : personnelle professionnelle

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

Téléphone : mobile personnel ou domicile professionnel

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

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

Êtes-vous citoyen ou résident des États-Unis d'Amérique ? OUI NON

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

Êtes-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 - DONNÉES OBLIGATOIRES POUR LA LUTTE ANTI-BLANCHIMENT (LOI n° 90-614 du 12 juillet 1990 sur le blanchiment des capitaux) FOURNIR OBLIGATOIREMENT UNE COPIE DE LA PIÈCE D'IDENTITÉ EN COURS DE VALIDITÉ

Du représentant légal : _____ Du bénéficiaire effectif : _____

Carte Nationale d'Identité Passeport Titre de séjour Carte Nationale d'Identité Passeport Titre de séjour

Merci de cocher les rubriques correspondantes à votre (vos) souhait(s) :

CHANGEMENT DE SITUATION FAMILIALE

■ Si votre nom a changé, veuillez nous indiquer :

Nouveau nom (en capital) : _____ prénom _____ Nom de naissance : _____

■ Si vous avez changé de situation familiale, veuillez cocher la case correspondant à votre nouvelle situation :

Marié(e) Pacsé(e) Concubinage Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve) Nombre d'enfants : _____

CHANGEMENT D'ADRESSE

Adresse complète : _____

Commune _____ département _____ pays _____

MODIFICATION DE CLAUSE BENEFICIAIRE

Vous souhaitez modifier votre clause bénéficiaire de la manière suivante :

Mon conjoint ou partenaire de PACS, à défaut et par parts égales mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par suite de prédécès ou de renonciation au bénéfice, à défaut mes héritiers légaux (clause type).

OU

Bénéficiaires spécifiques (Indiquez les nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse des bénéficiaires et la quote-part en pourcentage à transmettre à chacun d'eux.) : Cette clause peut également nous être adressée sur papier libre.

_____ à défaut, mes héritiers légaux.

PRÉCISION : Attention, en matière de clause bénéficiaire, la discrétion est de règle. Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, l'assuré porte au contrat ses nom, prénom et coordonnées afin de permettre à SMAvie BTP de l'informer quand elle a connaissance du décès de l'assuré. Il est recommandé à l'adhérent de modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée.

Paraphe de l'assuré Paraphe du payeur de cotisation le cas échéant

VERSEMENTS LIBRES OU PROGRAMMÉS

Je souhaite effectuer un versement libre d'un montant de : _____ € (minimum 500 €)

Mode de paiement : Chèque bancaire joint (à l'ordre de SMAvie BTP) Autre : _____

* Tous les supports financiers sont des SICAV ou FCP, sauf le SUPPORT € SMAvie BTP.

Conformément aux dispositions de l'article A.132-5 du Code des assurances, SMAvie BTP ne s'engage que sur le nombre d'unités de compte mais pas sur leur valeur, celle-ci étant sujette à des fluctuations à la hausse ou à la baisse en fonction de l'évolution des marchés financiers.

Les documents d'informations clés pour l'investisseur peuvent être consultés sur le site de l'Autorité des Marchés Financiers (AMF), www.amf-france.org.

Je souhaite modifier mon programme de versements d'un montant de : _____ €

(La demande de modification des prélèvements doit parvenir avant le 10 du mois pour être prise en compte le mois considéré).

payable chaque :

- Année minimum 600 euros
 Semestre minimum 300 euros
 Trimestre minimum 150 euros
 Mois minimum 50 euros

Les versements programmés ne pouvant être effectués que par prélèvement automatique, merci de joindre un relevé d'identité bancaire ou postal ainsi qu'un mandat de prélèvement au nom de l'assuré. En cas de paiement par chèque émis par une personne autre que le souscripteur du contrat, une attestation de don ou de présent d'usage doit obligatoirement être remplie et jointe au présent document.

Date du prochain prélèvement : 24 | _ | _ | | _ | _ | _ | _ |

Répartition des versements (la répartition applicable aux versements ultérieurs pourra être modifiée à tout moment).

Indiquez votre choix de répartition
(en % du montant de votre versement -
75 € minimum par support)

	Répartition
ACF HSBC ACTIONS FRANCE	_____ %**
BAI BATI ACTIONS INVESTISSEMENT	_____ %**
NVM HSBC MICROCAPS EURO	_____ %**
} 50% minimum	
SUPPORT € SMAvie BTP (capital garanti)	_____ %
BAA BATI ACTIONS ARBITRAGE	_____ %
BAO BATI ACTIONS OPTIMUM	_____ %
BAP BATI PRUDENT	_____ %
BCR BATI CREDIT PLUS	_____ %
BEA BATI ENTREPRENDRE ASIE	_____ %
BEE BATI ENTREPRENDRE EMERGENTS	_____ %
BEN BATI ENTREPRENDRE EURO	_____ %
BEQ BATI EQUILIBRE	_____ %
BEU BATI ENTREPRENDRE USA	_____ %
BEX BATI EXPANSION	_____ %
BMA BATI MATIERES PREMIERES	_____ %
BOR BATI OR	_____ %
COI AMUNDI OBLIG INTERNATIONALES	_____ %
COM CARMIGNAC COMMODITIES	_____ %
CPC CPR CONVEXITE	_____ %
CPR CPR MONETAIRE SR	_____ %
MEE MIROVA EUROPE ENVIRONMENTAL EQUITY FUND	_____ %
MFE METROPOLE FRONTIERE EUROPE	_____ %
OBR LAZARD SMALL CAPS EURO (R)	_____ %
VIN VALEUR INTRINSEQUE	_____ %
} 50% maximum	
Total 100%	

* Conformément aux dispositions de la loi n° 97-1269 du 30 décembre 1997, les versements sur le contrat dit « DSK » doivent être investis au moins à 50 % dans les actions européennes. Les OPC comportant les actions européennes sélectionnées par SMAvie BTP sont les suivants :

- HSBC ACTIONS France,
- BATI ACTIONS INVESTISSEMENT,
- HSBC MICROCAPS EURO.

* Tous les supports financiers sont des SICAV ou FCP, sauf le SUPPORT € SMAvie BTP.

Conformément aux dispositions de l'article A.132-5 du Code des assurances, SMAvie BTP ne s'engage que sur le nombre d'unités de compte mais pas sur leur valeur, celle-ci étant sujette à des fluctuations à la hausse ou à la baisse en fonction de l'évolution des marchés financiers.

Les documents d'informations clés pour l'investisseur peuvent être consultés sur le site de l'Autorité des Marchés Financiers (AMF), www.amf-france.org.

Je souhaite arrêter le programme de versements actuel

(La demande de modification des prélèvements doit parvenir au plus tard le 10 du mois pour une prise d'effet le mois en cours).

ORIGINE DES FONDIS QUE VOUS SOUHAITEZ VERSER

En application de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (décrets n° 2009-874 et n° 2009-1087), nous avons l'obligation réglementaire de vous demander, au-delà d'un certain montant de versement, de justifier l'origine des sommes versées. A défaut de communication des informations demandées, SMAvie BTP a l'obligation légale de déclarer l'opération réalisée et cette omission à l'autorité compétente.

- Revenu Héritage Donation Patrimoine financier Vente d'une entreprise
 Gain au jeu Indemnité de licenciement Indemnité de fin de carrière Vente d'un bien immobilier ou mobilier
 En pleine propriété En propriété démembrée

Paraphe de l'assuré

Paraphe du payeur de cotisation le cas échéant

RACHAT SUR MON CONTRAT

Je demande :

un rachat partiel d'un montant net de _____ € (minimum 750 €)

Après le rachat partiel, la valeur totale de l'épargne sur votre contrat ne peut être inférieure à 750 euros, avec un minimum de 150 euros par support. Le rachat partiel sur le contrat s'impute sur chacune des unités de compte en proportion de leur part respective dans le montant total de l'épargne constituée à la date de rachat ; ceci afin de ne pas modifier la répartition au regard des contraintes réglementaires.

un rachat total sur mon contrat

Le rachat total met fin au contrat, l'épargne acquise sera intégralement restituée, après prise en compte de la fiscalité. Joindre tout document comportant les caractéristiques principales de votre contrat. A défaut, joindre obligatoirement une déclaration sur l'honneur de perte de ces documents.

Vous attestez que votre contrat n'a pas été mis en garantie à un tiers en cochant cette case

Signature de l'assuré :

MOTIF DU RACHAT - DÉCLARATION DE DESTINATION DES FONDS (Si vous cochez plusieurs cases, merci d'indiquer les montants en euros respectifs)

En application de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (art L. 561-10-2 II du Code monétaire et financier), nous avons l'obligation réglementaire de vous demander, au-delà d'un certain montant de rachat, la destination des sommes récupérées. A défaut de communication des informations demandées, SMAvie BTP a l'obligation légale de déclarer l'opération réalisée à l'autorité compétente. Je prends note que les dispositions générales de mon contrat sont inchangées.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Achat d'un bien immobilier Montant : _____ € | <input type="checkbox"/> Transfert à la concurrence Montant : _____ € |
| <input type="checkbox"/> Achat d'un bien mobilier (voiture, bateau, œuvre d'art, ...) Montant : _____ € | <input type="checkbox"/> Loisirs – vacances Montant : _____ € |
| <input type="checkbox"/> Réalisation de travaux Montant : _____ € | |
| <input type="checkbox"/> Paiement d'impôt / taxe Montant : _____ € | |
| <input type="checkbox"/> Événement familial – Soutien familial Montant : _____ € | |
| <input type="checkbox"/> Besoin de trésorerie pour le financement d'une entreprise Montant : _____ € | |
| <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : _____ Montant : _____ € | |

En cas de perte du régime fiscal DSK, il convient d'utiliser le formulaire « La Vie de votre BATIRETRAITE MultiCompte ».

MODE DE RÈGLEMENT : Le règlement du rachat sera réalisé par virement, sauf demande expresse contraire de l'assuré.

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL

Le règlement sera effectué dans un délai maximum de deux semaines suivant la réception de la demande au siège de SMAvie BTP.

DOMICILE FISCAL HORS DE FRANCE

Dans l'éventualité où la France a conclu une convention fiscale avec le pays de résidence de l'assuré, celui-ci peut demander l'application du taux de la convention s'il est plus favorable que le taux de prélèvement forfaitaire libératoire prévu à l'article 125 A III du CGI.

L'application des dispositions de la convention est toujours subordonnée à l'envoi préalable par l'assuré d'un formulaire administratif visé par l'administration fiscale de sa résidence. À défaut, les rachats seront d'office imposés sur la base de l'article 125 O A du CGI, par prélèvement forfaitaire obligatoire. **Joindre obligatoirement :**

- une attestation sur l'honneur indiquant que vous avez votre domicile fiscal hors de France, au sens de l'article 4B du CGI.
- un formulaire administratif (imprimé fiscal n° 5000-FR) visé par l'administration fiscale de votre pays de résidence.
- un certificat de résidence fiscale ou d'imposition du pays de résidence.

MODIFIER MES COORDONNÉES BANCAIRES

Si vous souhaitez modifier votre domiciliation bancaire, merci de nous adresser votre nouveau relevé d'identité bancaire (RIB), (disponible sur le site www.groupe-sma.fr, rubrique « vos imprimés », Secteur Epargne et Retraite, ou auprès de votre conseiller).

AUTRES DEMANDES

Je souhaite obtenir une avance : (je fournis le document prévu à cet effet)

Si ces documents vous faisaient défaut, cochez la case correspondante ci-dessous et nous vous les adresserons par courrier. Ils sont aussi disponibles sur le site Internet www.groupe-sma.fr.

Avance ⇒ "Demande d'avance"

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 deleguealprotectiondesdonnees@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, SMAvie 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 SMAvie BTP.

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

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 SMAvie BTP sont toujours exactes et à jour. Dans le cas contraire, je prends contact avec mon conseiller SMAvie ou je mets à jour mes données personnelles dans mon espace client sur www.groupe-sma.fr rubrique « particuliers / votre épargne ».

En cas de versement ou d'arbitrage, SMAvie BTP a souhaité vous apporter le meilleur conseil sur cette opération 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 SMAvie 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 cette opération, je déclare que j'ai choisi de réaliser celle-ci sans être conseillé par SMAvie BTP sur la répartition de mon versement ou de mon arbitrage entre les supports financiers et je certifie assumer l'entière responsabilité de ce choix.

Fait à _____
le _____

Signature* de l'assuré / adhérent

Signature du payeur de cotisations le cas échéant

*La signature de l'assuré(e) l'engage tant pour les demandes de modification de son contrat que pour le mandat de prélèvement en cas de mise en place de versements programmés si l'assuré et le payeur de cotisations sont une seule et même personne.

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

SMA