



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  professionnelleCochez votre préférence de contact Mail. *Ne souhaite pas être contacté(e) par mail* Téléphone :  mobile  personnel ou domicile  professionnelCochez 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  NONÊtes-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 R.561-18 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 :

Du payeur de cotisation(s)

 Carte Nationale d'Identité  Passeport  Titre de séjour 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  professionnelleCochez votre préférence de contact Mail. *Ne souhaite pas être contacté(e) par mail* Téléphone :  mobile  personnel ou domicile  professionnelCochez 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  NONAvez-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  professionnelleCochez votre préférence de contact Mail. *Ne souhaite pas être contacté(e) par mail* Téléphone :  mobile  personnel ou domicile  professionnelCochez 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  NONAvez-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 :

- 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 :  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 :

Carte Nationale d'Identité  Passeport  Titre de séjour

Du bénéficiaire effectif :

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 .....



## 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](http://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](http://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](mailto: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](http://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](http://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) s'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](http://www.groupe-sma.fr)

SMA