



Ce document a été conçu pour vous faciliter les formalités de gestion de votre contrat. Nous vous remercions de bien vouloir le compléter dès qu'une modification intervient et de l'adresser à : SMAVIE BTP – TSA 22571 – 92894 NANTERRE CEDEX 9. Un nouvel exemplaire vous sera automatiquement envoyé.

Assuré n° \_\_\_\_\_ Contrat n° \_\_\_\_\_ Sociétaire n° \_\_\_\_\_

Vous avez souscrit un contrat :  BATIRETRAITE MultiCompte  B@TIPROJET  
 BATIRETRAITE MultiCompte formule « Initial »  B@TIPROJET formule « Initial »

### 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"/> 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 : \_\_\_\_\_

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)**  
**FURNIR 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 \_\_\_\_\_  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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

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.

**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)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Concubinage  Célibataire

**CHANGEMENT D'ADRESSE**

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Commune \_\_\_\_\_ département \_\_\_\_\_ pays \_\_\_\_\_

**CHANGEMENT DE 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).

**MODIFICATION DE CLAUSE BÉNÉFICIAIRE**

**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 .....

## CHANGEMENT DE FORMULE (POUR LE(S) CONTRAT(S) FORMULE « INITIAL » )

Je souhaite procéder à un changement de formule :

- Je renonce à la formule « Initial » et souhaite que mon contrat soit régi par les dispositions "standard" de BATIRETRAITE MultiCompte.  
 Je renonce à la formule « Initial » et souhaite que mon contrat soit régi par les dispositions "standard" de B@TIPROJET.

Je choisis la répartition de mon épargne constituée entre les différents supports financiers ci-dessous (la répartition applicable aux versements ultérieurs pourra être modifiée) :

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

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](http://www.amf-france.org).

Les règles de valorisation des supports d'investissement sont précisées dans la notice d'information valant conditions générales du contrat concerné.

## MISE EN PLACE OU MODIFICATION (AUGMENTER, DIMINUER, ARRÊTER) D'UN PROGRAMME DE VERSEMENT

Je souhaite mettre en place ou modifier un 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 :	<input type="checkbox"/> Sur mon contrat B@TIPROJET	<input type="checkbox"/> Sur mon contrat B@TIPROJET formule « Initial »
	<input type="checkbox"/> Sur mon contrat BATIRETRAITE MultiCompte	<input type="checkbox"/> Sur mon contrat BATIRETRAITE MultiCompte formule « Initial »
<input type="checkbox"/> Année	minimum 600 euros	minimum 150 euros
<input type="checkbox"/> Semestre	minimum 300 euros	minimum 100 euros
<input type="checkbox"/> Trimestre	minimum 150 euros	minimum 60 euros
<input type="checkbox"/> Mois	minimum 50 euros	minimum 30 euros

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

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.

Pour ces versements programmés sur BATIRETRAITE MultiCompte / B@TIPROJET (hors formule « Initial »), je choisis la répartition suivante :

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

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).



## EFFECTUER UN VERSEMENT LIBRE

Je souhaite effectuer un versement libre d'un montant de : \_\_\_\_\_ | €

- minimum 500 euros sur BATIRETRAITE MultiCompte ou B@TIPROJET

- minimum 150 euros sur BATIRETRAITE MultiCompte formule « Initial » ou B@TIPROJET formule « Initial »

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

Pour ce versement libre (hors formule « Initial »), je choisis :

la même répartition que celle choisie pour mon changement de formule

OU  la même répartition que celle choisie pour mes versements programmés

OU  la répartition ci-dessous

Répartition des versements [montant minimum 50 € par support]. La répartition applicable aux versements ultérieurs pourra être modifiée à tout moment.

SUPPORT € SMAvie BTP (capital garanti) \_\_\_\_\_ %

ACF HSBC ACTIONS FRANCE \_\_\_\_\_ %

BAA BATI ACTIONS ARBITRAGE \_\_\_\_\_ %

BAI BATI ACTIONS INVESTISSEMENT \_\_\_\_\_ %

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 \_\_\_\_\_ %

OPM OFI PRECIOUS METALS \_\_\_\_\_ %

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 \_\_\_\_\_ %

NVM HSBC MICROCAPS EURO \_\_\_\_\_ %

OBR LAZARD SMALL CAPS EURO (R) \_\_\_\_\_ %

VIN VALEUR INTRINSEQUE \_\_\_\_\_ %

OIC ODDO IMMOBILIER \_\_\_\_\_ %

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](http://www.amf-france.org).

Les règles de valorisation des supports d'investissement sont précisées dans la notice d'information valant conditions générales du contrat concerné.



## ORIGINE DES FONDS 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



## EFFECTUER UN TRANSFERT ENTRE SUPPORT (HORS FORMULE « INITIAL »)

### NOM DES SUPPORTS

Le montant minimum de chaque opération est de 500 € avec un minimum de 150 € restant investis sur chaque support, à la date du transfert ; ces seuils peuvent être redéfinis chaque année.

	A Supports à désinvestir	B Supports à investir	C Répartition pour les versements programmés
SUPPORT € SMAvie BTP (capital garanti)	%	%	%
ACF HSBC ACTIONS FRANCE	%	%	%
BAA BATI ACTIONS ARBITRAGE	%	%	%
BAI BATI ACTIONS INVESTISSEMENT	%	%	%
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	%	%	%
NVM HSBC MICROCAPS EURO	%	%	%
OBR LAZARD SMALL CAPS EURO (R)	%	%	%
VIN VALEUR INTRINSEQUE	%	%	%
OIC ODDO IMMOBILIER	%	%	%
OPM OFI PRECIOUS METALS	%	%	%
		Total 100 %	Total 100 %

**IMPORTANT : Les versements libres** à venir ne prendront pas en compte automatiquement cette nouvelle répartition (la répartition souhaitée doit être mentionnée lors de chaque versement).

Si vous avez des versements programmés en cours et souhaitez que la répartition soit modifiée, cochez cette case →  puis indiquez dans la colonne « C » la nouvelle répartition pour les versements programmés à venir. La demande doit être reçue avant le 10 du mois pour être prise en compte le mois en cours.

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](http://www.amf-france.org).

Les règles de valorisation des supports d'investissement sont précisées dans la notice d'information valant conditions générales du contrat concerné.

Paraphe de l'assuré .....

Paraphe du payeur de cotisation le cas échéant .....

## AUTRES DEMANDES

### Je souhaite obtenir une avance ou demander un arbitrage automatique : (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).

- Arbitrage automatique ⇒ "BATIRETRAITE MultiCompte / B@TIPROJET - demande d'arbitrage automatique"  
Pour BATIRETRAITE MultiCompte formule « Initial » et B@TIPROJET formule « Initial » les arbitrages automatiques ne sont pas admis.
- Avance ⇒ "BATIRETRAITE MultiCompte / B@TIPROJET - demande d'avance"

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.smavie.fr](http://www.smavie.fr) ou sur demande 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 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 ».

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**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

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](http://www.groupe-sma.fr)

**SMA**