



|                     |                 |                        |
|---------------------|-----------------|------------------------|
| Sociétaire n° _____ | Assuré n° _____ | Nom du contrat : _____ |
| Contrat n° _____    | Assuré n° _____ | Nom du contrat : _____ |
| Contrat n° _____    | Assuré n° _____ | Nom du contrat : _____ |

**Ce seul formulaire peut être utilisé pour plusieurs contrats si l'adhérent et le payeur de cotisations sont identiques sur chaque contrat**

**VOS COORDONNÉES (A REMPLIR OBLIGATOIREMENT)**
☐ Madame ☐ Monsieur

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Nom de naissance \_\_\_\_\_

Date de naissance : | | | | | | | | | | Ville \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

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 ☐

NIR\* (n° de sécurité sociale) : | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Profession exercée ou si vous êtes retraité dernière activité exercée \* : \_\_\_\_\_

 Nationalité : ☐ Française ☐ Autre : \_\_\_\_\_ Résidence fiscale : ☐ Française ☐ Autre : \_\_\_\_\_

 Avez-vous un numéro fiscal américain TIN (Taxpayer Identification Number) ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI indiquez votre n° TIN : | | | | | | | | | | | | | |

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

 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

**CHANGEMENT DE SITUATION FAMILIALE**

- Si votre nom a changé, veuillez nous indiquer :

Nouveau nom (en capital) : \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Merci de nous transmettre le présent document dûment signé par l'assuré ainsi qu'un justificatif de votre nouvelle situation (photocopie du livret de famille ou attestation d'enregistrement d'un pacte civil de solidarité ou jugement de séparation).

- 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 : \_\_\_\_\_

Merci de nous transmettre le présent document dûment signé par l'assuré ainsi qu'un justificatif de votre nouvelle situation (photocopie du livret de famille ou attestation d'enregistrement d'un pacte civil de solidarité ou jugement de séparation).

**CHANGEMENT D'ADRESSE**

- Si votre adresse a changé, veuillez nous indiquer :

Nouvelle adresse complète : \_\_\_\_\_

Commune \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_ pays \_\_\_\_\_

Merci de nous transmettre le présent document dûment signé par l'assuré ainsi qu'un justificatif de domicile datant de moins de 3 mois.

\* NIR (Numéro d'Identification au Répertoire) : numéro unique et attribué par l'INSEE dès la naissance à tout individu né en France. Ce numéro est aussi le numéro de sécurité sociale. Son recueil est obligatoire afin de permettre à SMAvie de se conformer à ses obligations réglementaires.

\*\* Personne Politiquement Exposée (PPE) : J'exerce ou j'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).

## ✓ MODIFICATION DU PAYEUR DE COTISATIONS

☐ **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 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

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

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

\*Personne Politiquement Exposée (PPE) : J'exerce ou j'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).

## MODIFICATION DE VOS MOYENS DE PAIEMENT

☐ Prélèvement Bancaire SEPA (joindre obligatoirement le RIB/BIC IBAN de l'assuré du contrat ou du payeur de cotisation le cas échéant)

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA (RÉCURRENTS ou PONCTUELS)

CRÉANCIER

Nom créancier : SMAvie BTP

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : FR48ZZZ107107

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise (A) SMAvie BTP à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte, et (B) ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions de SMAvie BTP. Je bénéficie du droit d'être remboursé par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé. Ce mandat de prélèvement est valable pour des paiements récurrents ou ponctuels. La Référence Unique de Mandat vous sera adressée ultérieurement et au moins un jour avant le premier prélèvement.

### COMPTE A DEBITER

BIC | | | | | | | | | | | |

IBAN | | | | || | | | || | | || | | | || | | | || | | | || | | | || | | | ||

## MODIFICATION DE VOTRE RESIDENCE FISCALE

Nouvelle résidence fiscale :

*Merci de nous transmettre le présent document dûment signé par l'assuré ainsi qu'un justificatif de la nouvelle résidence fiscale (attestation de résidence établie par l'Administration fiscale du pays de résidence ; formulaire CERFA série 5000 ; attestation sur l'honneur de non résidence fiscale et Avis d'imposition à l'étranger ou Inscription consulaire au registre des français établis hors de France).*

Avez-vous un numéro fiscal américain TIN (Taxpayer Identification Number) ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI indiquez votre n° TIN : | | | | | | | | | | | |

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

**Je déclare que ma situation 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 mets à jour mes données personnelles dans mon espace client sur [www.groupe-sma.fr](http://www.groupe-sma.fr) rubrique « particuliers / votre épargne » ou en complétant le formulaire prévu à cet effet. J'ai pris connaissance de l'intégralité des dispositions du formulaire et reconnais en accepter pleinement les termes.

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 [deleguealaprotectiondesdonnees@groupe-sma.fr](mailto: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](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».

**Signature de l'adhérent-assuré ou de l'adhérent-titulaire le cas échéant :**

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

## 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**