

# How to complete your form ?

## Specific beneficiary designation form

### 1 - Fill in your personal details

### 2 – Choose the beneficiary in the event of death :

For the death benefit, I wish the following designation to apply, which cancels and replaces any previous designation, provided that no previous designation has been accepted for benefit:

- The spouse, failing which, and in equal shares, the insured's children born or to be born, living or represented as a result of predecease or renunciation of the benefit, failing which the insured's legal heirs.
- Other clause, to be specified (indicate the last names, first names, dates and places of birth, addresses of the beneficiaries and the percentage share to be transmitted to each of them) :  
-  
-  
-
- Clause registered at M ..... ( notary's contact details)

Note: It is recommended that the insured change the beneficiary clause when it is no longer appropriate.

### 3 - Date and sign

**BULLETIN DE DESIGNATION PARTICULIERE DE BENEFICIAIRES**

Le présent bulletin de désignation particulière de bénéficiaires est à renvoyer à l'adresse suivante :  
SMA Vie Courtage  
TSA 22371  
92 894 NANTERRE Cedex 9

**COORDONNEES DE L'ENTREPRISE ADHERENTE**  
Raison sociale \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_  
N° de contrat : \_\_\_\_\_

**VOUS**  
 Madame  Monsieur  
Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Né(e) le / / à (commune) \_\_\_\_\_ Département \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_  
N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

**VOS COORDONNEES**  
Adresse n° \_\_\_\_\_ rue \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
Téléphone personnel \_\_\_\_\_ professionnel \_\_\_\_\_  
Adresse email \_\_\_\_\_

**BENEFICIAIRE EN CAS DE DECES**  
Pour le capital décès, je souhaite l'application de la désignation ci-dessous, qui annule et remplace toute précédente désignation sous condition qu'aucune désignation antérieure n'ait fait l'objet d'une acceptation de bénéfice :

- Le conjoint (\*), à défaut et par parts égales les enfants de l'assuré nés ou à naître, vivants ou représentés par suite de prédécès ou de renonciation au bénéfice, à défaut les héritiers légaux de l'assuré.
- Autre clause, à préciser (Indiquer les noms, prénom, date et lieu de naissance, adresse des bénéficiaires et la quote-part en pourcentage à transmettre à chacun d'eux) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Clause déposée chez M \_\_\_\_\_

(\*)Se reporter à la définition de la notion d'information  
Précision : Il est recommandé à l'assuré de modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée. En cas d'acceptation du bénéfice du contrat selon les modalités de l'article L. 132-9 du Code des assurances, la révocation du bénéficiaire n'est possible qu'avec son accord.

**LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES**  
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 ou siège de l'assureur ou par mail à [delegues@protectiondesdonnees@groupe-sma.fr](mailto:delegues@protectiondesdonnees@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, 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 BTPs.

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 \_\_\_\_\_  
Signature du salarié (précéder de la mention « la et approuvé »)

SOCIETE D'ASSURANCE MUTUELLE D'ASSURANCE SUR LA VIE DU BATIMENT ET DES SERVICES PUBLICS  
SOCIETE D'ASSURANCE MUTUELLE A CONTRATS FIXES - ENTREPRISE REGEE PAR LE CODE DES ASSURANCES - 75 64 772 RCS PARIS -  
CODE APE 6511 Z  
Siège social et Direction générale : 8 rue Louis Armand - CS 71201 - 75738 PARIS Cedex 15 - Téléphone 01 45 70 70 00 - Télécopie 01 45 78 87 40 - [www.groupe-sma.fr](http://www.groupe-sma.fr)