



Attestation de l'identité des bénéficiaires effectifs

**Besoin d'être accompagné
pour compléter votre
dossier ?**



Contactez votre conseiller en gestion
de patrimoine ou le Service des Associés
de Sofidy au 01 69 87 02 00
service-associes@sofidy.com

Cette attestation est établie dans le cadre des dispositions des articles L. et R. 561-1 et suivants du Code monétaire et financier. Elle a pour objectif de permettre à Sofidy de connaître le (ou les) bénéficiaire(s) effectif(s) de l'opération de souscription envisagée.

Numéro d'Associé : _____

Nom d'Associé : _____

Je certifie que mes informations personnelles n'ont pas changé depuis mon dernier questionnaire.

Date : _____

À défaut, je complète les informations ci-dessous.

SIGNATURE

IDENTITÉ

Forme juridique : _____ Dénomination sociale : _____

Secteur d'activité : _____ Code APE : _____

REPRÉSENTANT LÉGAL Nom : _____ Prénom : _____

BÉNÉFICIAIRE(S) EFFECTIF(S)

1 Nom : _____ Détention directe ou indirecte de plus de 25 %
Prénom : _____ du capital ou des droits de vote : _____ OUI* NON
Date de naissance : _____ * Pourcentage : _____ %
Pays de naissance : _____ Personne politiquement exposée¹ : _____ OUI* NON
Adresse : _____ * Précisez : _____
_____ Résident fiscal français : _____ OUI* NON
_____ * Précisez : _____
Pays : _____ US Person² : _____ OUI* NON

2 Nom : _____ Détention directe ou indirecte de plus de 25 %
Prénom : _____ du capital ou des droits de vote : _____ OUI* NON
Date de naissance : _____ * Pourcentage : _____ %
Pays de naissance : _____ Personne politiquement exposée¹ : _____ OUI* NON
Adresse : _____ * Précisez : _____
_____ Résident fiscal français : _____ OUI* NON
_____ * Précisez : _____
Pays : _____ US Person² : _____ OUI* NON

3 Nom : _____ Détention directe ou indirecte de plus de 25 %
Prénom : _____ du capital ou des droits de vote : _____ OUI* NON
Date de naissance : _____ * Pourcentage : _____ %
Pays de naissance : _____ Personne politiquement exposée¹ : _____ OUI* NON
Adresse : _____ * Précisez : _____
_____ Résident fiscal français : _____ OUI* NON
_____ * Précisez : _____
Pays : _____ US Person² : _____ OUI* NON

(Si plus de 3 bénéficiaires effectifs, imprimer cette page en autant d'exemplaires que nécessaire)

1. Les personnes politiquement exposées (PPE) sont des personnes physiques de nationalité française ou étrangère, qui exercent ou ont exercé des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives importantes, liées à un pouvoir de décision significatif. Les personnes considérées comme étroitement liées à une PPE (famille, proche sans lien familial) sont elles-mêmes des PPE. Les fonctions concernées par la définition d'une PPE sont listées à l'article R.561-18-I du code monétaire et financier.

2. Les « US person » sont des personnes assujetties aux lois fiscales américaines pour quelque raison que ce soit. En tant que personne physique, vous êtes une « US person » si vous remplissez l'un des critères suivants :

- Vous êtes un citoyen des États-Unis (y compris la double ou la multiple nationalité) ;
- Vous êtes titulaire d'une carte verte (permis de séjour permanent) ;
- Vous êtes un résident des États-Unis ;
- Vous êtes physiquement présent aux États-Unis pendant un nombre substantiel de jours, c'est-à-dire au moins 183 jours dans l'année en cours, ou si moins de 31 jours, selon la formule suivante : (nombre de jours dans l'année en cours) + (nombre de jours dans l'année précédente *1/3) + (nombre de jours dans l'année *1/6) ≤ 183 jours ;
- Vous êtes une personne assujettie aux lois fiscales américaines pour toute autre raison (exemple : résidence permanente à long terme aux États-Unis).

COMMENT COMPLÉTER CETTE ATTESTATION ?

Les informations demandées doivent être renseignées par bénéficiaire effectif accompagnées des pièces justificatives suivantes :

- Carte nationale d'identité ou passeport recto/verso en cours de validité ;
- Copie certifiée conforme de la carte de séjour pour les ressortissants étrangers hors Union Européenne.

NOTION DE BÉNÉFICIAIRE EFFECTIF :

Le bénéficiaire effectif d'une société est la ou les personnes physiques qui :

- détiennent, directement ou indirectement plus de 25 % du capital ou des droits de vote de la société ;
- exercent, par tout moyen, un pouvoir de contrôle sur les organes de gestion, d'administration ou de direction de la société ou sur l'assemblée générale de ses associés.

TOUTEFOIS, SI :

1. L'entité juridique est un organisme de placement collectif :

Le bénéficiaire effectif est la ou les personnes physiques qui détiennent directement ou indirectement plus de 25 % des parts ou actions de l'organisme, et/ou exercent un pouvoir de contrôle sur les organes d'administration ou de direction de l'organisme ou de la Société de Gestion qui le représente.

2. L'entité juridique appartient à un autre type de personne morale (ex : fiducie, trust, etc.) :

Le bénéficiaire effectif est la ou les personnes physiques qui satisfont à l'une des conditions suivantes :

- Elles ont vocation, par effet d'un acte juridique les ayant désignées à cette fin, à devenir titulaires de droits portant sur 25 % au moins des biens de la personne morale ou des biens transférés à un patrimoine fiduciaire ou à tout autre dispositif juridique comparable relevant d'un droit étranger ;
- Elles appartiennent à un groupe dans l'intérêt principal duquel la personne morale, la fiducie ou tout autre dispositif juridique comparable relevant d'un droit étranger a été constitué ou a produit ses effets, lorsque les personnes physiques qui en sont les bénéficiaires n'ont pas encore été désignées ;
- Elles sont titulaires de droits portant sur 25 % au moins des biens de la personne morale, de la fiducie ou de tout autre dispositif juridique comparable relevant d'un droit étranger ;
- Elles ont la qualité de constituant, de fiduciaire ou de bénéficiaire.

Dans les autres cas, le bénéficiaire effectif est la ou les personnes physiques.

SIGNATURE(S)

- Je certifie que les informations fournies dans la présente attestation sont exactes.

Fait à : _____ Le : _____

En 3 exemplaires (dont un à conserver par le souscripteur et un par le conseiller).

SIGNATURE DU SOUSCRIPTEUR

CADRE RÉSERVÉ AU CONSEILLER

Code conseiller : _____

Société : _____

Nom du conseiller : _____

SIGNATURE

DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Toutes les données à caractère personnel recueillies dans le présent questionnaire sont nécessaires au traitement de la demande de souscription de parts et à la gestion de la vie sociale de l'OPCI. Elles sont destinées à l'OPCI, à Sofidy, à leurs prestataires et partenaires, ainsi qu'à tous organismes tiers autorisés, habilités, par une disposition légale à en obtenir communication (autorités de contrôle ou de tutelles, organismes publics, autorités judiciaires, médiateurs, commissaires aux comptes, auditeurs ou services en charge du contrôle interne, etc.).

La collecte de ces données est en principe obligatoire, sauf indication contraire. À défaut Sofidy pourrait se trouver dans l'incapacité d'exécuter tout ou partie des missions confiées par les fonds immobiliers gérés. Sofidy informe par ailleurs le client que la Société de Gestion est tenue de se conformer aux dispositions des articles L et R 561-1 et suivants du Code monétaire et financier, relatives au traitement du renseignement et à l'action contre les circuits financiers clandestins et dédiés à la lutte contre le blanchiment d'argent.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition ou de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer à l'adresse suivante :

Sofidy - 303, square des Champs Élysées - Évry Courcouronnes - 91026 Évry Cedex.