

En application des dispositions réglementaire en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, les institutions financières ont l'obligation d'identifier et de vérifier l'identité des bénéficiaires effectifs.

Qu'est-ce qu'un bénéficiaire effectif ?

- la ou les personnes physiques qui détiennent, directement ou indirectement, plus de 25 % du capital ou des droits de vote de la société
- ou la(les) personne(s) physique(s) qui exerce(nt) le contrôle sur une société
- ou si aucun de ces deux critères n'est rempli, le représentant légal (le directeur général des sociétés anonymes à conseil d'administration ou le président des sociétés par actions simplifiées).

Ce document doit obligatoirement être complété, dans son intégralité, accompagné d'un document d'identité en cours de validité (CNI, passeport, carte de séjour) du ou des bénéficiaires effectifs.

Section 1 – Informations relatives à la société déclarative

Dénomination sociale :

N° unique d'identification (SIREN) :

Forme juridique :

Adresse du siège social :

Code postal : Commune : Pays :

Section 2 – Informations sur le bénéficiaire effectif de la société

1) Informations sur les modalités du contrôle exercé par le bénéficiaire effectif sur la société :

a) Détention directe et/ou indirecte de plus de 25% du capital ou des droits de vote

Préciser le pourcentage total : %

b) Exercice d'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 ou actionnaires

c) Représentant légal (uniquement si aucune personne physique ne remplit les conditions a) ou b)

2) Informations sur l'identité du bénéficiaire effectif :

Civilité : Madame Monsieur

Nom et Prénom :

Né(é) le : / / à : Département / Pays :

Nationalité :

Adresse fiscale :

Code postal : Commune : Pays :

Numéro d'Identification Fiscale (NIF) :

Le bénéficiaire effectif est t-il une personne politiquement exposée (il exerce ou a exercé depuis moins d'un an un mandat électif ou une fonction politique, juridictionnelle ou administrative à responsabilité ou il est proche d'une personne exerçant un mandat électif, une fonction politique, juridictionnelle ou administrative à responsabilité) ?

Oui Non **Si oui, merci de remplir les informations suivantes :**

Fonction :

Pays d'exercice :

Si moins d'un an, quelle est la date de fin : / /

Si le bénéficiaire effectif est proche d'une PPE, pouvez-vous nous indiquer son lien de parenté avec elle ?

Conjoint

Enfant

Autre (préciser) :

Nom et prénom de la PPE :

Section 3 – Autres informations

Existe-t-il d'autre(s) bénéficiaire(s) effectif(s) que celui mentionné ci-dessus ? Oui Non

Si oui, merci de compléter les informations relatives à l'identité du(des) bénéficiaire(s) effectif(s) ci-après (page 2).

Fait à , le / /

Nom et prénom du signataire :

Signature :

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS / DONNÉES PERSONNELLES : les informations recueillies sur ce questionnaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le responsable de traitement de LF AM FS [ou nom commerciale déposé auprès de l'ACPR] pour le respect de ses obligations réglementaires et légales. Les informations seront uniquement utilisées à cette fin. Si vous ne répondez pas à ce questionnaire, nous ne pourrons pas traiter votre dossier. Veuillez noter que vous disposez, dans les limites prévues par la législation applicable, d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, à la portabilité de vos données, un droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle (CNIL) ainsi qu'un droit d'opposition notamment à l'envoi de communications marketing. Vous disposez également d'un droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles après votre décès. Pour exercer ces droits, vous pouvez nous contacter à l'adresse suivante : Direction de la Clientèle du Groupe La Française, sis 128, boulevard Raspail - Paris 75006. Pour plus d'informations, veuillez lire notre politique de confidentialité accessible sur le lien suivant : <https://www.la-francaise.com/fr/politique-de-confidentialite-et-de-cookies/>



Informations sur le bénéficiaire effectif de la société

1) Informations sur les modalités du contrôle exercé par le bénéficiaire effectif sur la société :

a) Détention directe et/ou indirecte de plus de 25% du capital ou des droits de vote

Préciser le pourcentage total : %

b) Exercice d'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 ou actionnaires

2) Informations sur l'identité du bénéficiaire effectif :

Civilité : Madame Monsieur

Nom et Prénom :

Né(é) le : / / à : Département / Pays :

Nationalité :

Adresse fiscale :

Code postal : Commune : Pays :

Numéro d'Identification Fiscale (NIF) :

Le bénéficiaire effectif est t-il une personne politiquement exposée (il exerce ou a exercé depuis moins d'un an un mandat électif ou une fonction politique, juridictionnelle ou administrative à responsabilité ou il est proche d'une personne exerçant un mandat électif, une fonction politique, juridictionnelle ou administrative à responsabilité) ?

Oui Non Si oui, merci de remplir les informations suivantes :

Fonction :

Pays d'exercice :

Si moins d'un an, quelle est la date de fin : / /

Si le bénéficiaire effectif est proche d'une PPE, pouvez-vous nous indiquer son lien de parenté avec elle ?

Conjoint

Enfant

Autre (préciser) :

Nom et prénom de la PPE :

Autres informations

Existe-t-il d'autre(s) bénéficiaire(s) effectif(s) que celui mentionné ci-dessus ? Oui Non

Si oui, merci de compléter les informations relatives à l'identité du(des) bénéficiaire(s) effectif(s) ci-après.

Informations sur le bénéficiaire effectif de la société

1) Informations sur les modalités du contrôle exercé par le bénéficiaire effectif sur la société :

a) Détention directe et/ou indirecte de plus de 25% du capital ou des droits de vote

Préciser le pourcentage total : %

b) Exercice d'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 ou actionnaires

2) Informations sur l'identité du bénéficiaire effectif :

Civilité : Madame Monsieur

Nom et Prénom :

Né(é) le : / / à : Département / Pays :

Nationalité :

Adresse fiscale :

Code postal : Commune : Pays :

Numéro d'Identification Fiscale (NIF) :

Le bénéficiaire effectif est t-il une personne politiquement exposée (il exerce ou a exercé depuis moins d'un an un mandat électif ou une fonction politique, juridictionnelle ou administrative à responsabilité ou il est proche d'une personne exerçant un mandat électif, une fonction politique, juridictionnelle ou administrative à responsabilité) ?

Oui Non Si oui, merci de remplir les informations suivantes :

Fonction :

Pays d'exercice :

Si moins d'un an, quelle est la date de fin : / /

Si le bénéficiaire effectif est proche d'une PPE, pouvez-vous nous indiquer son lien de parenté avec elle ?

Conjoint

Enfant

Autre (préciser) :

Nom et prénom de la PPE :

