**DOCUMENT RELATIF AU BENEFICIAIRE EFFECTIF**

**D’UN ORGANISME DE PLACEMENT COLLECTIF**

(L. 561-46, R. 561-56 et suivants du code monétaire et financier)

1. **INFORMATIONS RELATIVES A L’ORGANISME DECLARANT**

Dénomination ou raison sociale :

Forme juridique :

Adresse du siège social : *N° voie* ………. *Type de voie*

*Code postal* ………. *Ville* ………………………………………… *Pays*

N° Unique d’identification : ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦ ⎣⎦ Immatriculation au RCS du greffe de :

1. **INFORMATIONS SUR LE BENEFICIAIRE EFFECTIF DE L’ORGANISME**
2. **Informations sur l’identité du bénéficiaire effectif :**

Civilité : Madame [ ]  Monsieur [ ]

Nom :

Nom d’usage : …………………………………. Pseudonyme :

Prénom(s) :

Né(e) le ……/……/…………

Lieu : *Code postal* ………. *Ville* ………………………………………… *Pays*

Nationalité :

Domicile : *N° voie* ………. *Type de voie*

*Code postal* ………. *Ville* ………………………………………… *Pays*

1. **Informations sur les modalités du contrôle exercé par le bénéficiaire effectif sur l’organisme**

[ ]  a) détention directe ou indirecte de plus de 25% de capital.

 *Précisez le pourcentage des parts ou actions détenues* : ………………%

[ ]  b) détention directe ou indirecte de plus de 25% des droits de vote.

 *Précisez le pourcentage des droits de vote* : ………………%

[ ]  c) exercice, par tout autre moyen, d’un pouvoir de contrôle sur les organes de gestion, d’administration, de direction de l’organisme ou sur l’assemblée générale des membres de l’organisme.

*Précisez les modalités de contrôle :*

[ ]  d) Le bénéficiaire effectif est le représentant légal de l’organisme, car le bénéficiaire effectif ne peut être identifié selon aucun des critères mentionnés aux a) b) et c). Il est alors :

[ ]  le représentant légal de l’organisme lorsque le placement collectif n’est pas géré par une société de gestion.

[ ]  la personne dirigeant effectivement la société de gestion de ce placement collectif lorsque le placement collectif est géré par une société de gestion.

1. **Date à laquelle la personne est devenue bénéficiaire effectif de l’organisme :** .….. /…… /………...
2. **INFORMATIONS SUR D’EVENTUELS AUTRES BENEFICIAIRES EFFECTIFS DE L’ORGANISME**

[ ]  Ce document ne comporte pas d’informations sur d’autres bénéficiaires effectifs.

[ ]  Ce document comporte …….. *(nombre)* intercalaire(s) relatif(s) aux bénéficiaires effectifs, dûment approuvé(s) par la signature ci-après.

 Fait à ………………………………., le .….. /…… /………...

Signature du représentant légal de l’organisme