

Nom de la Société/Organisation

Numéro de demande (le cas échéant)

**1 INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE BÉNÉFICIAIRE EFFECTIF**

- Qui doit remplir la section du formulaire de bénéficiaire effectif:
  - Dirigeants, personnes physiques exerçant un pouvoir exécutif sur la Personne morale actionnaire;
  - Personnes physiques qui détiennent directement ou indirectement au moins 25% du capital social, des droits de vote ou des intérêts économiques de la personne morale actionnaire;
  - Fiducies: toutes les parties à la Fiducie doivent être considérées comme bénéficiaires effectifs (Constituant, Protecteur (le cas échéant), Fiduciaires et Bénéficiaires).
- Franklin Templeton se réserve le droit de demander:
  - une copie certifiée conforme de la carte d'identité du ou des bénéficiaires effectifs;
  - un justificatif de l'enregistrement du Bénéficiaire effectif, tel que, pour les entités européennes, une copie de l'extrait du registre du Bénéficiaire effectif.
- Le formulaire doit être signé au bas du document par les signataires agréés de la Personne morale actionnaire.

**2 INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE BÉNÉFICIAIRE EFFECTIF** conformément aux instructions ci-dessus.**BÉNÉFICIAIRE EFFECTIF 1**

- ☐ Je suis Bénéficiaire effectif direct/indirect d'au moins 25% du capital social de la Personne morale.
- ☐ Je fais partie de la direction de la Personne morale.

|                      |                      |                      |  |
|----------------------|----------------------|----------------------|--|
| Prénom(s)            |                      | Nom                  |  |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |  |
| Adresse              |                      | Code postal          |  |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |  |
| Ville                | Pays                 | Nationalité          |  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |
| Date de naissance    | Lieu de naissance    | Profession           |  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |

**BÉNÉFICIAIRE EFFECTIF 2**

- ☐ Je suis Bénéficiaire effectif direct/indirect d'au moins 25% du capital social de la Personne morale.
- ☐ Je fais partie de la direction de la Personne morale.

|                      |                      |                      |  |
|----------------------|----------------------|----------------------|--|
| Prénom(s)            |                      | Nom                  |  |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |  |
| Adresse              |                      | Code postal          |  |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |  |
| Ville                | Pays                 | Nationalité          |  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |
| Date de naissance    | Lieu de naissance    | Profession           |  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |

**BÉNÉFICIAIRE EFFECTIF 3**

- ☐ Je suis Bénéficiaire effectif direct/indirect d'au moins 25% du capital social de la Personne morale.
- ☐ Je fais partie de la direction de la Personne morale.

|                      |                      |                      |  |
|----------------------|----------------------|----------------------|--|
| Prénom(s)            |                      | Nom                  |  |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |  |
| Adresse              |                      | Code postal          |  |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |  |
| Ville                | Pays                 | Nationalité          |  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |
| Date de naissance    | Lieu de naissance    | Profession           |  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |

**BÉNÉFICIAIRE EFFECTIF 4**

- ☐ Je suis Bénéficiaire effectif direct/indirect d'au moins 25% du capital social de la Personne morale.
- ☐ Je fais partie de la direction de la Personne morale.

|                      |                      |                      |  |
|----------------------|----------------------|----------------------|--|
| Prénom(s)            |                      | Nom                  |  |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |  |
| Adresse              |                      | Code postal          |  |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |  |
| Ville                | Pays                 | Nationalité          |  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |
| Date de naissance    | Lieu de naissance    | Profession           |  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |

**BÉNÉFICIAIRE EFFECTIF 5**

☐ Je suis Bénéficiaire effectif direct/indirect d'au moins 25% du capital social de la Personne morale.

☐ Je fais partie de la direction de la Personne morale.

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Prénom(s)            |                      |                      |                      | Nom                  |                      |                      |                      |
| Adresse              |                      |                      |                      |                      |                      | Code postal          |                      |
| Ville                |                      |                      | Pays                 |                      |                      | Nationalité          |                      |
| Date de naissance    |                      | Lieu de naissance    |                      | Profession           |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**BÉNÉFICIAIRE EFFECTIF 6**

☐ Je suis Bénéficiaire effectif direct/indirect d'au moins 25% du capital social de la Personne morale.

☐ Je fais partie de la direction de la Personne morale.

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Prénom(s)            |                      |                      |                      | Nom                  |                      |                      |                      |
| Adresse              |                      |                      |                      |                      |                      | Code postal          |                      |
| Ville                |                      |                      | Pays                 |                      |                      | Nationalité          |                      |
| Date de naissance    |                      | Lieu de naissance    |                      | Profession           |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**BÉNÉFICIAIRE EFFECTIF 7**

☐ Je suis Bénéficiaire effectif direct/indirect d'au moins 25% du capital social de la Personne morale.

☐ Je fais partie de la direction de la Personne morale.

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Prénom(s)            |                      |                      |                      | Nom                  |                      |                      |                      |
| Adresse              |                      |                      |                      |                      |                      | Code postal          |                      |
| Ville                |                      |                      | Pays                 |                      |                      | Nationalité          |                      |
| Date de naissance    |                      | Lieu de naissance    |                      | Profession           |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**BÉNÉFICIAIRE EFFECTIF 8**

☐ Je suis Bénéficiaire effectif direct/indirect d'au moins 25% du capital social de la Personne morale.

☐ Je fais partie de la direction de la Personne morale.

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Prénom(s)            |                      |                      |                      | Nom                  |                      |                      |                      |
| Adresse              |                      |                      |                      |                      |                      | Code postal          |                      |
| Ville                |                      |                      | Pays                 |                      |                      | Nationalité          |                      |
| Date de naissance    |                      | Lieu de naissance    |                      | Profession           |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**BÉNÉFICIAIRE EFFECTIF 9**

☐ Je suis Bénéficiaire effectif direct/indirect d'au moins 25% du capital social de la Personne morale.

☐ Je fais partie de la direction de la Personne morale.

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Prénom(s)            |                      |                      |                      | Nom                  |                      |                      |                      |
| Adresse              |                      |                      |                      |                      |                      | Code postal          |                      |
| Ville                |                      |                      | Pays                 |                      |                      | Nationalité          |                      |
| Date de naissance    |                      | Lieu de naissance    |                      | Profession           |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**Veuillez utiliser un formulaire supplémentaire si vous avez plus de 9 bénéficiaires effectifs.**

**Nom de la Personne agréée (en capitales d'imprimerie)**

**Nom de la Personne agréée (en capitales d'imprimerie)**

**X**

**Signature de la Personne agréée et date**

**X**

**Signature de la Personne agréée et date**