



Déclaration d'adhésion à la J. Safra Sarasin Fondation de placement

La soussignée déclare par la présente, et dans le cadre de son adhésion à la J. Safra Sarasin Fondation de placement (ci-après « la SAST »), avoir pris connaissance des statuts et du règlement de la Fondation. Elle autorise en outre la SAST à demander pour son compte le remboursement de l'impôt à la source perçu sur les revenus distribués au titre de ses parts. Elle confirme également respecter les conditions légales d'exonération fiscale des institutions de prévoyance dans son canton de domiciliation. Elle certifie **(veuillez cocher la case correspondante, un seul choix possible)**:

- être une institution de prévoyance ou un autre organisme exonéré d'impôt ayant son siège en Suisse, ayant pour but la prévoyance professionnelle (conformément aux dispositions de l'article 3.1 des statuts de la SAST),
ou
- être une personne (telle qu'une société de direction de fonds) assurant la gestion des placements collectifs d'une institution telle que décrite à l'article 1 alinéa a de l'ordonnance sur les fondations de placement (OFB), soumise à la supervision de l'autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA), et investissant exclusivement les avoirs de ces institutions auprès de la fondation (conformément aux dispositions de l'article 3.2 des statuts de la SAST).

La SAST se réserve le droit d'exiger l'examen des statuts, du règlement et/ou de tout autre document relatif à l'institution soussignée. Elle est également en droit de vérifier certaines informations auprès du Fonds de Garantie et/ou d'autres autorités ou registres accessibles. L'institution soussignée s'engage en outre à informer la SAST par écrit de tout changement de nom et/ou d'objet et à mettre fin à son adhésion dès qu'elle ne remplira plus les critères susmentionnés. Nonobstant toute mention contraire ou absence d'inscription au registre de commerce, les signatures ci-dessous sont réputées juridiquement contraignantes jusqu'à la réception d'un avis de modification écrit. Les soussignés autorisent la SAST à procéder à toute transaction d'achat et de vente dans le cadre de son mandat de gestion.

Nom de l'institution de prévoyance
resp. de la société de direction de fonds

		Personne à contacter
Nom/s (en majuscules)	1 _____	<input type="checkbox"/>
	2 _____	<input type="checkbox"/>

Signature/s autorisée/s

Adresse postale

Siège
(si autre que l'adresse postale)

Relation bancaire

Lieu et date

Téléphone