

## Souscripteur

Vous êtes déjà associé(e)?  NON  OUI Précisez votre code associé :

Propriétaire  Nu-propriétaire  Indivision

M.  Mme  Société

Nom (ou Raison sociale)

Prénom

Nom de naissance

Date / Lieu de naissance  /  -

Département / Pays de naissance  /

Nationalité

Représentant (personne morale)

Forme juridique (personne morale)

N° SIRET (personne morale)

Adresse N°

Code Postal / Ville  /

Adresse fiscale N°

(si différente de l'adresse postale)

Code Postal / Ville  /

Pays

Téléphone +

Email

## Situation familiale

Célibataire  Divorcé(e)  Marié(e)  Veuf(ve)  Pacsé(e)

Si marié(e)  Communauté universelle  Communauté réduite aux acquêts

Séparation de biens  Participation aux acquêts

## Souscripteur

### Capacité juridique

- Majeur(e)     Autre :
- Majeur(e) sous protection légale

### Situation professionnelle

Quelle est votre profession ?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agriculteur         | <input type="checkbox"/> Commerçant      | <input type="checkbox"/> Fonctionnaire     |
| <input type="checkbox"/> Cadre               | <input type="checkbox"/> Employé         | <input type="checkbox"/> Chef d'entreprise |
| <input type="checkbox"/> Profession libérale | <input type="checkbox"/> Sans profession | <input type="checkbox"/> Retraité          |

Dans quel secteur d'activité ?

### Résidence fiscale

- France et DOM     Autre :

Régime fiscal :     Impôts sur les Sociétés / BIC     Impôts sur le revenu     Non assujetti (association)

<sup>1</sup>Êtes-vous une «US Person»?     OUI     NON

<sup>2</sup>Êtes-vous une personne politiquement exposée ?     OUI     NON

<sup>1</sup>Vous êtes considéré comme «US Person» au sens réglementaire de l'administration fiscale américaine, si vous remplissez l'une des conditions suivantes :  
1/ Au titre de personne physique, vous êtes citoyen américain, vous avez le statut de résident fiscal américain, vous êtes né sur le territoire américain, vous êtes détenteur d'une carte verte. Vous avez résidé plus de 183 jours au total aux États-Unis d'Amérique sur l'année en cours et les deux années précédentes (pour le calcul les jours de l'année en cours comptent intégralement avec un minima de 31 jours, les jours de l'année N-1 pour un tiers et les jours de l'année N-2 pour un sixième). Vous avez déclaré vos revenus avec ceux de votre conjoint américain.

2/ Au titre de personne morale, si la société a été créée sur le territoire américain ou dont le siège social est situé sur le territoire américain, si la société est une institution financière relevant du droit américain. En cas de réponse positive à cette question, merci de compléter le formulaire Fatca CRS.

<sup>2</sup>La 4<sup>ème</sup> directive anti-blanchiment et les dispositions du 2<sup>o</sup> de l'article L. 561-10 définissent, de manière générique, les PPE comme étant des personnes qui sont considérées comme exposées à des «risques plus élevés» de blanchiment de capitaux, notamment de corruption, en raison des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives qu'elles exercent ou ont cessé d'exercer depuis moins d'un an pour le compte d'un État ou d'une institution internationale publique créée par un traité.

## CO-souscripteur (en cas de souscription conjointe)

M.     Mme

Nom

Prénom

Nom de naissance

Date / Lieu de naissance

Département / Pays de naissance

Nationalité

Adresse

N°

Code Postal / Ville

Adresse fiscale

(si différente de l'adresse postale)

N°

Code Postal / Ville

Pays

Téléphone

+

Email

## Situation familiale

Célibataire

Divorcé(e)

Marié(e)

Veuf(ve)

Pacsé(e)

Si marié(e)

Communauté universelle

Communauté réduite aux acquêts

Séparation de biens

Participation aux acquêts

## CO-souscripteur (en cas de souscription conjointe)

### Capacité juridique

- Majeur(e)     Autre :
- Majeur(e) sous protection légale

### Situation professionnelle

Quelle est votre profession ?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agriculteur         | <input type="checkbox"/> Commerçant      | <input type="checkbox"/> Fonctionnaire     |
| <input type="checkbox"/> Cadre               | <input type="checkbox"/> Employé         | <input type="checkbox"/> Chef d'entreprise |
| <input type="checkbox"/> Profession libérale | <input type="checkbox"/> Sans profession | <input type="checkbox"/> Retraité          |

Dans quel secteur d'activité ?

### Résidence fiscale

- France et DOM     Autre :

Régime fiscal :     Impôts sur les Sociétés / BIC     Impôts sur le revenu     Non assujetti (association)

<sup>1</sup>Êtes-vous une «US Person»?     OUI     NON

<sup>2</sup>Êtes-vous une personne politiquement exposée ?     OUI     NON

<sup>1</sup>Vous êtes considéré comme «US Person» au sens réglementaire de l'administration fiscale américaine, si vous remplissez l'une des conditions suivantes :  
1/ Au titre de personne physique, vous êtes citoyen américain, vous avez le statut de résident fiscal américain, vous êtes né sur le territoire américain, vous êtes détenteur d'une carte verte. Vous avez résidé plus de 183 jours au total aux États-Unis d'Amérique sur l'année en cours et les deux années précédentes (pour le calcul les jours de l'année en cours comptent intégralement avec un minima de 31 jours, les jours de l'année N-1 pour un tiers et les jours de l'année N-2 pour un sixième). Vous avez déclaré vos revenus avec ceux de votre conjoint américain.

2/ Au titre de personne morale, si la société a été créée sur le territoire américain ou dont le siège social est situé sur le territoire américain, si la société est une institution financière relevant du droit américain. En cas de réponse positive à cette question, merci de compléter le formulaire Fatca CRS.

<sup>2</sup>La 4<sup>ème</sup> directive anti-blanchiment et les dispositions du 2<sup>o</sup> de l'article L. 561-10 définissent, de manière générique, les PPE comme étant des personnes qui sont considérées comme exposées à des «risques plus élevés» de blanchiment de capitaux, notamment de corruption, en raison des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives qu'elles exercent ou ont cessé d'exercer depuis moins d'un an pour le compte d'un État ou d'une institution internationale publique créée par un traité.

Valable à compter du 26/06/2024

À remplir en MAJUSCULES

## Souscription programmée

Nombre de parts

X

Montant unitaire

(Voir page 6 du Bulletin de souscription)

202€ (Prime d'émission comprise)

=

Montant total de la souscription

(Nombre de parts X prix unitaire)

€

Il est précisé que pour tout premier investissement, le souscripteur doit acquérir un minimum de 5 parts.

Par versements programmés, avec une fréquence :

mensuelle, prélèvement le 15 de chaque mois

semestrielle, prélèvement le 15 du mois suivant la souscription, puis semestriellement

trimestrielle, prélèvement le 15 du mois suivant la souscription, puis trimestriellement

annuelle, prélèvement le 15 du mois suivant la souscription, puis annuellement

## Déclaration d'origine des fonds

Je déclare que les fonds versés proviennent de :

Épargne

%

Cession d'activité

%

Héritage

%

Prestations / indemnités

%

Donation

%

Autres (préciser ci-dessous)

%

Crédit

%

Un justificatif de provenance des fonds doit obligatoirement être fourni dans les cas suivants :

• si la souscription est supérieure à 60 000 €;

• si le client est un PPE;

• si la résidence fiscale du souscripteur est en dehors de France;

• si l'opération est complexe.

## Déclaration et signature

Fait à

Le

 /  / 

Signature(s)<sup>1</sup>

Souscripteur

Co-souscripteur

Faire précéder la signature de la mention manuscrite « Bon pour souscription de ... parts » (nombre de parts en toutes lettres).

### Cadre réservé au conseiller

Nom

Prénom

Email

Signature  
et cachet

### Cadre réservé à la Société de Gestion

Date de réception

 /  / 

Date de jouissance

 /  / 

Conseiller

Code associé

Observations



<sup>1</sup>En cas de souscription conjointe, signature de tous les souscripteurs. Dans le cas d'une souscription par une personne mariée sous le régime de la communauté, le conjoint doit signer sous la mention manuscrite « Bon pour accord ». En cas de co-souscription, d'indivision ou de démembrement, signature de tous les souscripteurs. Pour les personnes morales, préciser le nom et la qualité du signataire.

## Documents à joindre obligatoirement<sup>1</sup>

### Personnes physiques

- Copie recto-verso d'un document d'identité en cours de validité (Carte Nationale d'Identité ou passeport) du ou des souscripteurs,
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois,
- Dernier justificatif de la résidence fiscale,
- RIB pour le versement des dividendes,
- Bulletin de souscription complété et signé en 2 exemplaires originaux,
- Mandat de prélèvement SEPA complété et signé,
- Questionnaire de connaissance client complété et signé ainsi que les différents justificatifs demandés dans le questionnaire de connaissance client,
- Bulletin de souscription aux versements programmés.

### Personnes morales

- Extrait K-bis de moins de 3 mois,
- Copie recto-verso d'un document d'identité en cours de validité (Carte Nationale d'Identité ou passeport) du représentant légal et des bénéficiaires effectifs,
- Derniers statuts certifiés conformes de la société,
- RIB pour le versement des dividendes,
- Bulletin de souscription complété et signé en 2 exemplaires originaux,
- Mandat de prélèvement SEPA complété et signé,
- Questionnaire de connaissance client complété et signé ainsi que les différents justificatifs demandés dans le questionnaire de connaissance client,
- Liste des mandats à jour,
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois du (ou des) bénéficiaires effectifs,
- Bulletin de souscription aux versements programmés,
- Comptes annuels de la société (pour toute souscription supérieure à 60 000 €),
- Liste des bénéficiaires effectifs.

Pour toute information ou actualisation des données de la SCPI NCap Éducation Santé, vous pouvez vous adresser à la Société de Gestion : Norma Capital | 18/20, place de la Madeleine – 75008 Paris | Téléphone : +33 (0) 1 42 93 00 77 | Courriel : [ncap.educationsante@normacapital.fr](mailto:ncap.educationsante@normacapital.fr)

## SCPI NCap Éducation Santé

**Date de création :** 13 juillet 2018

**Société de Gestion :** Norma Capital

**Objet social :** La Société a pour objet l'acquisition, directe ou indirecte, y compris en l'état futur d'achèvement, et la gestion d'un patrimoine immobilier locatif constitué d'immeubles et de terrains, situé en France en Zone Euro. Pour les besoins de cette gestion, elle peut procéder à des travaux d'amélioration et, à titre accessoire, à des travaux d'agrandissement et de reconstruction ; elle peut acquérir des équipements et installations nécessaires à l'utilisation des immeubles. Elle peut, en outre, céder des éléments de patrimoine immobilier, dès lors qu'elle ne les a pas achetés en vue de les revendre et que de telles cessions ne présentent pas un caractère habituel.

**Souscription :**

Nominal :	162,00€
Prime d'émission :	40,00€
Dont commission de souscription due, au titre des frais de collecte et des frais de recherche et d'investissement :	24,24€
Soit un prix de souscription net de tout autre frais :	202,00€

Lors des augmentations de capital, la Société de Gestion perçoit une commission de souscription de 12 % (au taux de TVA en vigueur) du prix de souscription des parts dont le montant inclut la prime d'émission. Cette commission a pour objet de rémunérer la prospection des capitaux et assurer les frais exposés pour la recherche et l'investissement des capitaux.

**Nombre de parts :** Il est prévu un minimum de 5 parts lors de la première souscription.

**Jouissance :** premier jour du sixième mois à compter du premier jour ouvré suivant la réception intégrale des fonds et sous réserve de la validation du dossier de souscription par la Société de Gestion.

**Distribution des revenus potentiels :** trimestrielle suivant l'approbation de l'Assemblée Générale.

**Commission de souscription :** 10 % HT du montant de la souscription, soit 12 % TTC au taux de TVA en vigueur.

**Commission de gestion :** 10 % HT, soit 12 % TTC au taux de TVA en vigueur, prélevés sur les produits locatifs HT encaissés et les produits financiers nets.

**Commission d'acquisition ou de cession d'actifs immobiliers :**

2 % HT maximum du prix d'acquisition ou du prix de cession de l'actif immobilier acquis ou cédé.

2 % HT maximum de la valeur conventionnelle des actifs immobiliers retenue pour le calcul du prix d'acquisition des droits sociaux acquis ou cédés des sociétés qui détiennent lesdits actifs immobiliers, au prorata de la participation dans lesdites sociétés acquise ou cédée par la Société.

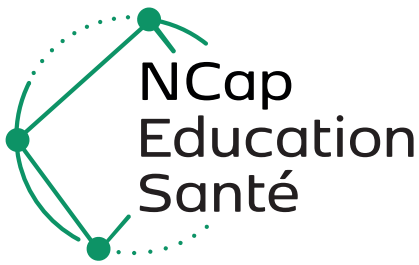
**Frais de cession et de retrait<sup>2</sup> :** 100€ HT, soit 120€ TTC actuellement, de frais de dossier.

**Commission de suivi et de pilotage de la réalisation des travaux sur le patrimoine immobilier :** 3,20 % HT maximum du montant toutes taxes comprises des travaux effectivement réalisés.

**Durée conseillée de conservation des parts :** 10 ans.

<sup>1</sup>Tout dossier de souscription retourné incomplet ne pourra pas être traité par la Société de Gestion.

<sup>2</sup>Les modalités de cession et de retrait sont renseignées dans la note d'information. La signature du présent bulletin de souscription vaut notamment acceptation des termes et conditions liées aux distributions de revenus en cas de cession.



# Bulletin de souscription aux versements programmés

Valable à compter du 26/06/2024

À remplir en MAJUSCULES

## Mandat de prélèvement SEPA

Référence unique du mandat (à compléter par la Société de Gestion)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Société NCap Éducation Santé à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, conformément aux instructions de NCap Éducation Santé.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

## Titulaire du compte à débiter

Nom

Prénom

Adresse  N°

Code Postal / Ville  /

Pays

IBAN

SWIFT/BIC

## Créancier

Identifiant Créancier SEPA (ICS) FR85ZZZ8582A7

Nom NCap Éducation Santé

Adresse 18/20, place de la Madeleine

Code Postal / Ville 75008 Paris

Pays France

## Type de paiement :

Paiement récurrent / répétitif OU  Paiement ponctuel

Signature du titulaire du compte

Signature(s)

Date  /  /

Lieu