Rapport de contrôle OAR FSA/FSN

Éléments prioritaires du contrôle 2025 :

1. Exhaustivité et mise à jour des profils des clients
2. Désignation/identification du ADE
3. Activité exercée à titre professionnel

DÉCLARATION DU CONTRÔLEUR OAR

Concerne : _____ (affilié)

En ma qualité de contrôleur, j'ai procédé auprès de l'affilié aux contrôles prévus par les statuts et le règlement de l'OAR FSA/FSN, en tenant particulièrement compte de l'élément prioritaire de cette année. Mes contrôles ont été effectués par sondage sur la base des documents qui m'ont été remis.

J'estime que mes contrôles constituent une base suffisante pour la présente confirmation.

Dans la mesure où le contraire ne ressort pas de la rubrique relative aux observations particulières, mes vérifications n'ont pas révélé d'état de fait laissant supposer que les déclarations des personnes affiliées ne correspondent pas aux faits ni que les dossiers ne sont pas tenus conformément aux exigences légales ainsi qu'aux statuts et aux règlements de l'OAR FSA/FSN.

Observations particulières :

S'agissant d'observations particulières, il convient de se référer au formulaire « Résultats du contrôle » ci-joint. Toutes les autres observations figurent également sur une ou plusieurs des pièces annexées séparément.

.....	.....	.....
Lieu	Date	Le contrôleur OAR

Annexes :

1. *Formulaire « Résultats du contrôle »*
   rempli et signé par l'affilié et le contrôleur
2. *Check-list « Relations clients »*
   rempli et visé par le contrôleur (si plusieurs, nombre : ____ check-lists)
3. *Check-list « Étude »*
   rempli et signé par l'affilié et le contrôleur
4. *Formulaire « Obligations de clarification et de communication »*
   rempli et signé par l'affilié et le contrôleur
5. *Formulaire « Déclarations personnelles de l'intermédiaire financier »*
   rempli et signé par l'affilié
6. *Formulaire « Autodéclaration de l'intermédiaire financier concernant l'ordonnance sur l'Ukraine (RS 946.231.176.72)*
   rempli et signé par l'affilié
7. *Autres documents, annexes au rapport de contrôle : ……*