

Déclarations personnelles de l'intermédiaire financier

En sa qualité d'affilié à l'OAR FSA/FSN, l'intermédiaire financier soussigné (ci-après « l'affilié ») fait les déclarations suivantes et fournit une liste indiquant toutes les relations d'affaires gérées par l'affilié dans lesquelles il occupe une position d'organe en tant qu'IF et non-IF:

1. Déclarations formelles

1.1 La présente déclaration concerne la période comprise entre le _____, date du dernier contrôle, et le _____ (ci-après « période »).

1.2 L'affilié confirme disposer des autorisations nécessaires pour son activité. Il confirme en particulier que (a) toutes les personnes physiques (au sens de l'art. 4, al. 3, 4 et 7) et/ou (b) morales (au sens de l'art. 4, al. 5 et/ou 6) agissant sous sa responsabilité et qui sont assujetties sont annoncées ou affiliées auprès de l'OAR FSA/FSN. Notez que vous indiquez également votre nom ou éventuellement celui de la société affiliée dans le tableau ci-dessous.

a) Personnes physiques (art. 4, al. 3, 4 et 7 des statuts)

(Si nécessaire, sur une liste séparée)

Nom, prénom/entreprise	Qualification	
	<input type="checkbox"/> IF ¹	<input type="checkbox"/> PA ²
	<input type="checkbox"/> IF ¹	<input type="checkbox"/> PA ²
	<input type="checkbox"/> IF ¹	<input type="checkbox"/> PA ²
	<input type="checkbox"/> IF ¹	<input type="checkbox"/> PA ²
	<input type="checkbox"/> IF ¹	<input type="checkbox"/> PA ²

b) les sociétés de personnes et les personnes morales (sociétés auxiliaires selon l'art. 4 al. 6 des statuts)

L'affilié confirme par ailleurs que d'éventuelles sociétés qu'il détient et utilise à des fins d'intermédiation financière (au sens de l'art. 4 al. 6 des statuts) sont affiliées auprès à l'OAR FSA/FSN ou à un autre OAR. ³

(Si nécessaire, sur une liste séparée)

Oui	Société*	Affiliée à l'OAR*
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	inapplicable (aucun)*	

*Réponse obligatoire

¹ IF = intermédiaire financier

² PA = personne annoncée

³ Une société de personnes ou une personne morale peut être affiliée si elle a pour but principal l'exercice d'une activité définie par l'art. 2 al. 3 LBA (art. 4 al. 6 let. a) des statuts).

- 1.3 Le nombre de dossiers soumis à la LBA se monte, au jour du contrôle, à [_____].
- 1.4 Tous les dossiers gérés sous la responsabilité de l'affilié et qui soumis à la LBA ont été annoncés au contrôleur. Ces dossiers figurent sur une **liste exhaustive** conservée chez l'affilié. Par ailleurs, un numéro de référence unique a été attribué à chaque dossier ; la liste mentionne la date d'ouverture de chaque dossier et, le cas échéant, celle de leur clôture.
- 1.5 L'affilié s'engage à tenir cette liste à jour et à la présenter spontanément lors de chaque contrôle.

2. Déclarations matérielles

- 2.1 L'affilié déclare que toutes les conditions de la LBA ainsi que des statuts et des règlements de l'OAR FSA/FSN sont remplies et qu'un dossier complet est tenu pour tous les cocontractants figurant sur la liste ; en outre, il confirme de plus :
- que l'identité des cocontractants a été vérifiée de manière conforme aux exigences ;
 - que l'identification des ayants droit économiques de valeurs patrimoniales, respectivement d'une entreprise (détenteur du contrôle) a également été effectuée ;
 - qu'une description de la relation d'affaires a été établie conformément aux prescriptions y relatives et que cette description est tenue à jour ;
 - que, lors du renouvellement de la vérification de l'identité ou de l'identification de l'ayant droit économique, la procédure a bien été respectée, y compris la procédure lors d'une rupture de la relation d'affaires (en particulier la sauvegarde du « paper trail ») selon art. 9b LBA et 39 du règlement OAR ;
 - que les relations d'affaires et les transactions ont été affectées dans une catégorie de risque ;
 - qu'aucune transaction ou relation d'affaires inhabituelle n'a été constatée ; **ou**
que, le cas échéant, toutes les transactions ou relations d'affaires inhabituelles ont été documentées de manière appropriée et qu'elles ont fait l'objet d'une annotation dans le journal des transactions ou dans une note séparée ;
 - que le nombre de relations d'affaires à risque accru selon les directives internes de l'IF se monte, au jour du contrôle, à [_____] dossiers LBA ;
 - qu'au jour du contrôle, des relations d'affaires avec des personnes étrangères politiquement exposées (risque accru en soi) ont été menées dans [_____] dossiers LBA, et que le membre a respecté l'obligation de diligence dérivée de l'art. 6 LBA ;
 - qu'au jour du contrôle, des relations d'affaires avec des nationaux politiquement exposés ou avec des personnes actives dans des organisations internationales et dans des associations sportives internationales (risque accru lorsqu'un autre facteur de risque est présent) ont été menées dans [_____] dossiers LBA ;
 - que tous les documents et pièces exigés par le règlement de l'OAR FSA/FSN ont été établis et conservés de manière appropriée ;

- que toutes les mesures organisationnelles pour lutter contre le blanchiment d'argent ont été prises ;
- que la formation de base et la formation continue exigée ont été suivies, que leur contenu a été transmis, le cas échéant, en interne aux personnes soumises à l'obligation d'assujettissement et que les auxiliaires ont été formés.

2.2 L'affilié déclare que pendant la période il a fait [___] annonce(s) au Bureau de communication en matière de blanchiment d'argent. Il confirme en outre avoir respecté les prescriptions sur les ordres des clients portant sur les valeurs patrimoniales communiquées selon l'art. 9a LBA, le blocage des avoirs selon l'art. 10 LBA et le blocage des informations selon (art. 10a LBA).

En cas d'annonce(s) MROS :

L'annonce concernait (les annonces concernaient) le(s) dossier(s) n° _____

2.3 L'affilié déclare en outre que, pendant la période, il a reçu [_____] demandes de renseignements ou [_____] ordonnances de perquisitions de la part d'autorités suisses de poursuite pénale et/ou [_____] demandes d'entraide pénale ou administrative.

En cas de demande d'entraide, respectivement de demande d'assistance :

Elles concernent le(s) dossier(s) n° : _____

2.4 Pour le surplus, l'affilié confirme qu'il remplit toujours les conditions d'affiliation à l'OAR FSA/FSN.

Il confirme que la présente déclaration est exhaustive et véridique et qu'il est parfaitement renseigné sur les sanctions prévues par la LBA ainsi que par les statuts et règlement de l'OAR FSA/FSN.

.....
Lieu

.....
Date

.....
L'affilié