

Num. Registre Client:

QUESTIONNAIRE D'IDENTIFICATION ET DE CONNAISSANCE  
DES CLIENTS DE LA VALL ASSOCIATS, SL.

**PERSONNE PHYSIQUE**

Veillez lire attentivement et complétez les informations demandées ci-dessous :

**AVIS IMPORTANT**

Il correspond au Client d'assurer une mise à jour de ses données personnelles de façon que les informations correspondent à la réalité de chaque moment. Tout événement donnant lieu à un soupçon d'une activité de délinquance de la part du Client constituera un motif de résiliation du contrat.

Parallèlement, le Client est informé qu'en application de l'article 38.3 de la Loi 14/2017 du 22 juin relative à la prévention et à la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme, le traitement des données contenues sur ce document n'est pas soumis à la réglementation relative à la protection des données personnelles.

DATE	RELATION INITIALE	MISE À JOUR

**I. INFORMATIONS PERSONNELLES DU CLIENT**

PRÉNOM	NOM

DATE DE NAISSANCE	LIEU DE NAISSANCE	NACIONALITÉ	ADRESSE HABITUELLE

**NB:** Veuillez joindre un justificatif de votre domicile (facture EDF, quittance de loyer ou téléphone, etc.)

TYPE DE DOCUMENT	NUM. DOC. D'IDENTIFICATION	LIEU D'EMISSION	DATE D'ÉCHÉANCE
Passeport			
Carte d'Identité			
NIA (Numéro d'identification Andorran)			

ÉTAT CIVIL					
Célibataire <input type="checkbox"/>	Marié(e) <input type="checkbox"/>	Paxé(e) <input type="checkbox"/>	Séparé(e) <input type="checkbox"/>	Divorcé(e) <input type="checkbox"/>	Veuf(ve) <input type="checkbox"/>

Signature du client:

PAYS DE RESIDENCE FISCALE

--

## II. COORDONNÉES

COURRIER ELECTRONIQUE			
TÉLÉPHONE		TÉLÉPHONE ALTERNATIF	
LANGUE			

Agissez-vous en nom propre ou en représentation d'un tiers pour la signature de ce contrat?

	En nom propre
	En représentation d'un tiers (veuillez préciser le nom de la personne pour laquelle vous intervenez):

## III. RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS

CARACTÉRISTIQUES DE VOTRE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE	
	En nom propre (en tant qu'entrepreneur ou profession libérale)
	Personne salariée
	Sans activité économique
	<input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Personne au foyer <input type="checkbox"/> Pensionné <input type="checkbox"/> Épargnant <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Au chômage
	Nom de l'entreprise
	NRT-SIRET
	Profession
	Fonctions exercées
	Précisez l'ancienneté dans l'entreprise (si moins de deux ans, vous devez mentionner l'entreprise précédente où vous avez travaillé)

Signature du client:

ADRESSE PROFESSIONELLE	VILLE/PAYS	TÉLÉPHONE	ADRESSE ÉLECTRONIQUE

ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE PROFESSIONELLE
<i>Si vous êtes salarié, précisez l'activité de l'entreprise pour laquelle vous travaillez. Si vous êtes entrepreneur, précisez le secteur d'activité de votre société ou commerce:</i>
PAYS OÙ VOUS EXERCEZ VOTRE ACTIVITÉ
<i>Pays où opère l'entreprise pour laquelle vous travaillez:</i>
<i>Nom et pays où votre entreprise ou commerce opère:</i>

#### IV. ORIGINE DES FONDS

SOURCE OU ORIGINE DES FONDS <i>(couchez toutes les cases applicables)</i>	
<input type="checkbox"/>	Salaire / Pension retraite
<input type="checkbox"/>	Rentes du capital immobilier
<input type="checkbox"/>	Dividendes/ activité de votre propre entreprise
<input type="checkbox"/>	Vente d'actifs
<input type="checkbox"/>	Vente de propriétés, fonds de commerce, société
<input type="checkbox"/>	Héritage o donation
<input type="checkbox"/>	Investissements
<input type="checkbox"/>	Prêt hypothécaire
<input type="checkbox"/>	Autres:
<input type="checkbox"/>	Non applicable. La transaction n'implique aucun mouvement de fonds ou d'actifs
Les fonds utilisés pour cet acte procèdent du territoire andorran?	
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non
<input type="checkbox"/>	Pays de la provenance:
<input type="checkbox"/>	Motif:

Indiquez brièvement l'origine des fonds utilisés pour réaliser l'opération:

Signature du client:

## V. PERSONNE POLITIQUEMENT EXPOSÉE (PEP)

PERSONNE POLITIQUEMENT EXPOSÉE (PEP)					
Avez-vous occupé ou occupez-vous actuellement un poste à responsabilité publique?					NON
					OUI
En cas affirmatif:	Fonctions				
	Date	De:	Jusqu'à:		
		Je continue actuellement à ce poste?			NON
Relation avec PEP (Êtes-vous parent proche d'une personne politiquement exposée ou une personne reconnue comme étant liée à une personne politiquement exposée?)					NON
					OUI
En cas affirmatif:	Type de relation				
Nom et poste occupé					

## VI. OBJET DE LA RELATION D'AFFAIRE

OBJET DE LA PRESTATION DE SERVICES	
Nature des services contractés	
Détail des services demandés	

## VII. SIGNATURE DE L'INTERVENANT

Manifestations concernant les fonds apportés, JE DÉCLARE :

Le client affirme et déclare expressément que les fonds apportés à la LA VALL ASSOCIATS SL, ne proviennent pas d'activités liées au blanchiment d'argent et au financement du terrorisme.

Que toutes les informations fournies dans ce document sont véridiques et autorise La Vall Associats SL à vérifier et, si c'est nécessaire, à demander des informations complémentaires.

Que vous autorisez La Vall Associats à demander et obtenir les documents nécessaires prouvant l'origine des fonds objet de l'opération.

Au Principat d'Andorra, le \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nom et Prénom

\_\_\_\_\_  
Signature