

N° Registre client :

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

PERSONNE MORALE

Veuillez lire attentivement et renseigner les informations demandées ci-dessous :

AVIS IMPORTANT

Il est de l'obligation du Client de maintenir les données à jour afin qu'elles correspondent à la réalité à tout moment. Tout fait laissant soupçonner une activité délictueuse de la part du Client constituera un motif de résiliation contractuelle.

En même temps, il est communiqué au Client que, 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 de valeurs ainsi que contre le financement du terrorisme, le traitement des données figurant dans le présent document N'EST PAS soumis à la réglementation en matière de protection des données personnelles.

DATE	RELATION INITIALE	MISE À JOUR

I. DONNÉES DE LA SOCIÉTÉ

DÉNOMINATION SOCIALE	SIÈGE SOCIAL	NRT

PAYS DE CONSTITUTION	TÉLÉPHONE	COURRIEL

PAYS DANS LESQUELS ELLE EXERCE SON ACTIVITÉ ET SYSTÈMES DE DISTRIBUTION DES PRODUITS ET/OU SERVICES

ACTIVITÉS DE LA SOCIÉTÉ. DÉTAIL DES ACTIVITÉS QUE RÉALISE L'ENTREPRISE OU LA SOCIÉTÉ

Signature du client :

NOM ET PRÉNOMS	NATIONALITÉ	DATE DE NAISSANCE	DOMICILE HABITUEL

III. ORIGINE DES FONDS

<i>Décrivez brièvement l'origine des fonds au moyen desquels l'opération est réalisée :</i>

IV. STRUCTURE DE CONTRÔLE ET BÉNÉFICIAIRES EFFECTIFS

On entend par bénéficiaire effectif la ou les personnes physiques qui, en dernier ressort, possèdent ou contrôlent, directement ou indirectement, un pourcentage supérieur à 25 % du capital de la société ou des droits de vote ou, à titre subsidiaire, qui exercent le contrôle par d'autres moyens.

COMPOSITION ACTIONNARIALE			
	Dénomination sociale / Nom et prénoms	Numéro d'identification	% de participation
1			
2			
3			
4			

BÉNÉFICIAIRES EFFECTIFS		
	Nom et prénoms	Numéro d'identification
1		
2		
3		
4		

V. PERSONNE POLITIQUEMENT EXPOSÉE (PPE)

PERSONNE POLITIQUEMENT EXPOSÉE (PPE)					
Exerce ou a exercé une fonction à responsabilité publique ?					NON
					OUI
En cas de réponse affirmatif	Fonction				
	Date	Du :	Au :		
		Exercez-vous encore actuellement cette			NON
Lien avec une PPE (famille proche ou personne notoirement liée à une PPE ?)					NON
					OUI
En cas de	Type de relation				
Nom et fonction de la personne					

Signature du client :

VI. FINALITÉ DE LA RELATION D’AFFAIRES

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

VII. SIGNATURE DE LA PERSONNE INTERVENANTE

Déclarations relatives aux fonds apportés, JE DÉCLARE :

☐ Le client affirme et déclare expressément que les fonds versés à LA VALL ASSOCIATS SL ne proviennent pas d’activités liées au blanchiment d’argent ni au financement du terrorisme.

☐ Que toutes les informations fournies dans le présent document sont véridiques et qu’il autorise La Vall Associats SL à les vérifier et, si nécessaire, à demander des informations complémentaires.

☐ Qu’il autorise La Vall Associats SL à demander et à obtenir la documentation nécessaire prouvant l’origine des fonds faisant l’objet de l’opération.

Principauté d’Andorre, le _____ de _____ de _____.

Nom et prénoms

Signature