

KYC ET FORMULAIRE D'EVALUATION PERSONNE PHYSIQUE(A REMPLIR PAR LE CLIENT)

PARTIE I	INFORMATION SUR LE CLIENT				
Nature compte	Courant <input type="checkbox"/>		Epargne <input type="checkbox"/>		
Nombre de personne titulaire du compte	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Monnaie	XOF <input type="checkbox"/>	EUR <input type="checkbox"/>	USD <input type="checkbox"/>	AUTRES <input type="checkbox"/>	
TITULAIRE	Nom*				
	Prénom(s)*				
	Sexe*		M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	
	Date de Naissance*				
	Lieu de Naissance*				
	Correspondance avec la liste OFAC		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
	Pour les comptes joints indiquer le nom du titulaire qui match avec la liste OFAC				
	Nom complet du père				
	Nom complet de la mère(préciser nom de jeune fille)*				
	Situation matrimoniale/familiale du client:				
	Célibataire <input type="checkbox"/>		Marié <input type="checkbox"/>	Séparé <input type="checkbox"/>	Divorcé <input type="checkbox"/>
	Régime matrimoniale du client:		Autres(a préciser)		
	Communauté de biens <input type="checkbox"/>		Séparation biens <input type="checkbox"/>		
	Nom complet du conjoint du client				
	Formation du client(le plus haut niveau)				
	Situation sociale du client:		employé <input type="checkbox"/>	sans emploi <input type="checkbox"/>	
	Emploi/Occupation actuelle:		étudiant <input type="checkbox"/>		
	Nom de l'employeur:				
	Domaine d'activité de l'employeur*				
	Pays de résidence et Adresse de l'Employeur				
Adresse physique principale	Ville		Ville*		
	Rue/Quartier		Rue/Quartier*		
	Pays de résidence		Pays de résidence*		
Adresse physique secondaire	Ville		Ville*		
	Rue/Quartier		Rue/Quartier*		
	Pays de résidence		Pays de résidence*		
Adresse postale					
Téléphone:		Fixe:	Mobile:		
E-mail:					
IDENTIFICATION	Types de pièces d'identité		N°	Date d'émission	
	Carte d'identité nationale <input type="checkbox"/>				
	Carte NINA <input type="checkbox"/>				
	Passeport si étranger <input type="checkbox"/>				
	Carte consulaire si étranger <input type="checkbox"/>				
Nationalité <input type="checkbox"/>		Autres <input type="checkbox"/>			
PERSONNE A PREVENIR					
Nom:					
Prénom:					
Adresse:					
Téléphone portable:					
Téléphone au bureau:					
Nature de la relation:					
Partie II	INFORMATIONS SUR LES MANDATAIRES				
mandataires sur le compte					
Mandataire 1	Nom:				
	Prénom:				
	Adresse:				
	Lieu de naissance				
	Sexe:		M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	
	Nom de la mère:				
	Nom du conjoint du mandataire:				
Adresse phisique et/ ou postale:					

	Mandataire responsable:	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
<i>Mandataire 2</i>	Nom:			
	Prénom:			
	Adresse:			
	Lieu de naissance			
	Sexe:	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	
	Nom de la mère:			
	Nom du conjoint du mandataire:			
	Adresse phisyque et/ ou postale:			
	Mandataire responsable:	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
PARTIE III	QUESTIONNAIRE FATCA			
LE TITULAIRE	Nationalité:			
	Avez-vous une autre nationalité:	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>
	Si OUI la quelle			
	Etes vous résident d'un pays autre que le Mali?	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>
Si Oui quel pays?				
PARTIE IV	CERTIFICATION			
Information certifiée sincère par:				
Titulaire:				
Signature et Date:				

PARTIE RESERVEE A LA BANQUE

FORMULAIRE D'EVALUATION

LA PERSONNE PHYSIQUE INDIVIDUELLE
LE COMPTE JOINT ENTRE PERSONNE PHYSIQUE
(A remplir par le gestionnaire du compte)

PARTIE I	INFORMATIONS SUR LE CLIENTS	
	SOURCE(S) DE REVENU(S) ET PROFIL DES TRANSACTIONS	
NATURE de l'ACTIVITE		
Revenu annuel prévu à partir des diverses sources	Salaire	
	Investissement	
	Activités commerciales	
	Loyer	
	Autres(Veuillez indiquer la nature)	
Volume prévu des transactions		

PART II	EVALUATION DU RISQUE DE BLANCHIMENT DU CLIENT				
	Notation(1-3)	Evaluation de risque	Note de la moyenne pondérée		
Présence		0.2			
Domicile/Nationalité		0.1			
Nature des activités/Métiers exercé		0.3			
Durée de la relation avec la banque		0.1			
Les produits et les services de la banque utilisés par le client		0.3			
<i>La moyenne Pondérée(MP)=Notation x Evaluation du risque</i>					
*S'il s'agit d'une PPE la notation devra être égale à 3 pour chaque critère					
	Note<	Faible	1<Note<2.5	Moyen	Note>=2.5
Le code de la catégorie du client	1		2		3
Justification de la notation du risque client					

PARTIE III	ANALYSE CLIENT	
Nationalité de l'entité ou des actionnaires de pays à haut risque:		
Élément de connaissance défavorables sur la situation du client:		
Flux à destination ou en provenance de pays à haut risque:		
et/ou des actionnaires (litiges juridique, mise en cause médias)		

PARTIE IV	ATTESTATION DU GESTIONNAIRE DE COMPTE	
<i>En ma qualité de gestionnaire du compte du client potentiel ci-dessus, j'atteste avoir mené les diligences nécessaires requises pour établir l'identité, l'adresse et la nature des activités de la société en vue de déterminer son éligibilité en tant que titulaire d'un compte auprès de la banque. Sur la base des informations provenant de mon entretien avec le client et des diligences menées, je confirme que mon évaluation du risque de blanchiment du potentiel client est adéquate et conforme à la politique de la banque.</i>		
<i>Je reconnais qu'il est de ma responsabilité de surveiller en permanence le titulaire du compte/ les opérations sur le compte et de promptement informer le chef d'agence, le chef des opérations de l'agence et le chargé de la conformité de tout changement significatif dans le statut actuel du ou des titulaires du compte. Je déclarerai toute transaction suspecte identifiée sur le compte.</i>		

Gestionnaire du compte		N°matricule	
Signature		Date	

PARTIE V	ACCORDS ET APPROBATIONS	
L'accord du chef des opérations de l'agence: Je souscris à l'évaluation du risque de blanchiment(dans la PARTIE III du présent formulaire) du client pour le gestionnaire du compte		
Chef des opérations de l'agence	N°matricule	N°matricule
Signature		Date
Le chef d'agence/ Directeur de l'Exploitation: J'approuve l'ouverture de ce compte		
Chef d'agence/ Directeur de l'Exploitation	N°matricule	
Signature		Date
Approbation exceptionnelle(pour les comptes à haut risqué uniquement)		
Agent ordonnateur		
Signature		Date