

Requête en reconnaissance en qualité de Responsable de la formation IF

selon ch. 10 ss. du Règlement relatif à la formation LBA des intermédiaires financiers affiliés

Veillez observer que la première et la deuxième page doivent être complétées par l'intermédiaire financier et les suivantes par le Responsable de la formation IF à reconnaître.

Par la présente, l'intermédiaire financier suivant:

Entre-
prise:
(l'intermédiaire financier)

requiert la reconnaissance de la personne suivante en qualité de Responsable de la formation IF:

Nom:
(nom et prénom)

à compter de la date suivante:

- La personne mentionnée est employée chez nous depuis le [et jusqu'au (seulement en cas d'emploi de durée limitée)],

revêt à l'heure actuelle la fonction suivante:

.....

et exerce l'activité suivante:

.....

.....

Le taux d'occupation s'élève actuellement à %.

- La personne mentionnée n'est **pas** employée chez nous, et est mandatée en qualité de Responsable de la formation IF et

employée auprès de l'entreprise de conseil suivante, laquelle a accepté le mandat:

.....

exerce une activité indépendante:

.....

(adresse)

Veillez mentionner ci-après les raisons de mandater un Responsable de la formation IF externe, et expliquez (le cas échéant en joignant les annexes correspondantes) comment la collaboration entre l'intermédiaire financier et la / le Responsable de la formation IF externe se déroulera.

.....

.....

Nous confirmons en outre que:

1. la personne citée présente les aptitudes pour cette tâche tant au plan personnel qu'au plan professionnel;
2. les ressources requises en vue d'un accomplissement correct de ces tâches sont à la disposition de la personne citée;
3. les compétences nécessaires à la prise en charge correcte de la fonction en qualité de Responsable de la formation IF sont conférées à la personne citée.

Les documents suivants sont à joindre à la présente requête:

- Organigramme
- Déclaration d'acceptation du Responsable de la formation IF avec annexes

..... (lieu) (date)

..... (nom, prénom du signataire) (signature)

..... (nom, prénom du signataire) (signature)

Veillez observer que cette page doit être signée par deux titulaires du droit de signature collective ou par un titulaire du droit de signature individuelle de l'intermédiaire financier.

Déclaration d'acceptation pour Responsable de la formation IF

Je confirme par la présente vouloir prendre en charge la fonction de Responsable de la formation IF auprès de l'entreprise indiquée ci-après dès le (date).

Raison
de com- (l'intermédiaire financier)
merce:

Données personnelles:

Nom:
(nom, prénom)

Lieu d'ori-
gine: (si étranger ou étrangère, indiquer la nationalité)

Adresse:
(adresse, NPA, localité, pays)

Date de
naissance: (jour, mois, année)

e-mail:

- J'ai déjà accepté la fonction de Responsable LBA (voir déclaration d'acceptation).
- J'assume déjà la fonction de suppléant(e) du Responsable LBA.
- Je n'ai aucune autre fonction dans l'organisation LBA.

Je confirme en outre:

1. avoir reçu le règlement d'autorégulation de l'OAR/ASSL («RAR») ainsi que les autres règlements, en particulier le règlement relatif à la procédure de contrôle, et pris connaissance des tâches et responsabilités d'un Responsable de la formation IF;
2. satisfaire, au point de vue personnel et professionnel, les exigences posées au Responsable de la formation IF pour l'intermédiaire financier précité, et présenter toutes garanties d'accomplir ces tâches en conformité avec les obligations;
3. m'engager à communiquer sans délai à l'OAR/ASSL tout constat d'infraction à la loi sur le blanchiment d'argent ou aux règlements et instructions de l'OAR/ASSL, et à procéder aux communications requises au Bureau de communication en matière de blanchiment d'argent (MROS);
4. m'engager à informer sans délai l'OAR/ASSL de la résiliation de mon contrat de travail ou de mon rapport de mandat avec l'intermédiaire financier précité;
5. être prêt(e) à suivre, en permanence, une formation et une formation continue dans le domaine de la loi sur le blanchiment d'argent ainsi que les cours correspondants de l'OAR/ASSL;
6. m'engager à mettre sur pied, le cas échéant, d'autres bureaux de coordination dans des filiales en veillant à les instruire et à les accompagner dûment.

Je déclare, par la présente, ne faire l'objet d'aucune procédure pénale ou administrative.

Je m'engage à annoncer immédiatement à l'OAR/ASSL toute modification de la situation susmentionnée.

J'ai pris connaissance et accepte qu'au besoin l'OAR/ASSL divulgue des données concernant ma personne à des tiers, en particulier à ses organes ainsi qu'à ses collaboratrices et collaborateurs, et les traite aux fins d'exécution de son devoir de surveillance. Dans la mesure où cela est requis pour l'exercice de l'activité de l'OAR/ASSL, celle-ci, respectivement ses organes ainsi que ses collaboratrices et collaborateurs, sont habilités à rendre ces données accessibles également à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers FINMA ou au Bureau de communication en matière de blanchiment d'argent (MROS). Je m'engage à soutenir l'OAR/ASSL lors de l'obtention auprès de tiers d'informations en rapport avec mon activité de responsable de la formation IF, et à délier ces tiers si nécessaire d'éventuels secrets de fonction, professionnel ou d'affaires..

Les documents suivants sont à joindre à la présente déclaration d'acceptation, dans la mesure où ils n'ont pas déjà été soumis en relation avec une déclaration en tant que Personne dirigeante ou Responsable LBA:

- Passeport ou carte d'identité (copie datée et signée par le titulaire)
- Curriculum vitae (copie avec signature manuscrite)
- Diplômes et certificats d'aptitudes professionnelles les plus actuels et les plus importants pour l'exercice de la profession (simple copie)
- Extrait du casier judiciaire central (en original, datant de six mois au plus)

Lieu: Date:

Signature: