

ALLEGATO "A" AL QUESTIONARIO PER L'ADEGUATA VERIFICA
 (modulo ad uso interno riservato al soggetto incaricato dell'identificazione del cliente)

VERIFICHE SUI RISCHI CONNESSI CON L'ANTI RICICLAGGIO

Soggetto incaricato alla identificazione e verifica _____ N. pratica _____

Nome e cognome della persona oggetto di verifica _____

 Acquisita copia del codice fiscale sì no

 Acquisita copia di valido documento di riconoscimento sì no

PROFILAZIONE

(tra parentesi il punteggio da assegnare)

 Nuovo Cliente (5) Cliente già acquisito (0)

 Cliente/i fisicamente presente/i (0) Cliente/i non fisicamente presente/i (13)

 Il cliente risiede in paesi terzi ad alto rischio* (15)

 Il cliente ha dichiarato di essere persona politicamente esposta o familiare di soggetti politicamente esposti o intrattiene stretti legami con persone politicamente esposta (11)

Il cliente nella fase di identificazione

 si è dimostrato disponibile nel fornire le informazioni richieste (0)

 si è dimostrato informato sulla disciplina antiriciclaggio (0)

 si è rifiutato di fornire una o più informazioni (30)

 si è dimostrato riluttante nel fornire le informazioni richieste o ha fornito informazioni false (30)

 rinuncia all'operazione a seguito della richiesta di informazioni (30)

 ha posto ripetuti quesiti su applicazione della normativa(30)

 ha dimostrato di non conoscere la natura, l'oggetto e l'ammontare dell'operazione(30)

 ha fornito spiegazioni incoerenti e confuse(30)

 è accompagnato da altri soggetti che appaiono interessati all'operazione(30)

 evita contatti diretti col mediatore(30)

 non ha tenuto alcun comportamento anomalo (0)

 Ammontare del finanziamento incongruo rispetto al profilo economico-patrimoniale del cliente (10)

 Motivazione del finanziamento incoerente con l'attività svolta dal cliente (18)

 Area geografica di destinazione dei fondi in paesi terzi ad alto rischio* (15)

Eventuali altre anomalie riscontrate

Il sottoscritto, in qualità di soggetto che ha personalmente eseguito l'identificazione della clientela in relazione al predetto rapporto, a seguito dell'applicazione del modello per la profilatura di rischio della clientela utilizzato dal Mediatore, ritiene che l'operazione di cui alla predetta pratica presenti il seguente rischio di riciclaggio e finanziamento al terrorismo:

 Basso (punteggio fino a 10)

 Medio Basso (punteggio da 11 a 20)

 Medio Alto (punteggio da 21 a 30)

 Elevato (punteggio da 31 a 40)

 Inaccettabile (punteggio oltre 40)

 RICHIESTA DI ADEGUATA VERIFICA RAFFORZATA e SEGNALAZIONE AL RESPONSABILE DELLA FUNZIONE ANTIRICICLAGGIO (in caso di punteggio Medio Alto, Elevato e Inaccettabile)

Data ____ / ____ / ____

Firma Collaboratore che Identifica _____

 AVVIO PROCEDURA DI SEGNALAZIONE DI OPERAZIONE SOSPETTA

Motivi del sospetto ed indicatori di anomalia riscontrati

Data ____ / ____ / ____ Firma Collaboratore che Identifica _____

*) Paesi terzi ad alto rischio: Afghanistan, Bosnia-Erzegovina, Guyana, Iraq, Repubblica democratica popolare del Laos, Siria, Uganda, Vanuatu, Yemen, Iran, Repubblica popolare democratica di Corea (Reg. Delegato UE 2016/1675), Sri Lanka, Trinidad e Tobago e Tunisia (Reg. Delegato UE del 13.12.2017)

ALLEGATO "B" AL QUESTIONARIO PER L'ADEGUATA VERIFICA
(modulo in uso al responsabile antiriciclaggio)

VERIFICA RAFFORZATA

Soggetto incaricato alla identificazione e verifica _____ N. pratica _____
Nome e cognome della persona oggetto di verifica _____

1) Persona politicamente esposta

- Tipo di carica ricoperta _____
- Origine del patrimonio/fondi _____
- Altre considerazioni _____

2) Cliente profilato a rischio riciclaggio Medio Alto, Elevato e Inaccettabile

- Approfondimenti su esiti del questionario _____

3) Soggetto con residenza in paesi terzi ad alto rischio

- Paese terzo _____
- Ulteriori notizie _____

4) Sussistenza di procedimenti penali o erariali

- Si
- No

5) Attività economica ritenuta ad alto rischio riciclaggio

Tipo di Attività _____
Approfondimenti _____

RILIEVI DEL RESPONSABILE DELLA FUNZIONE A SEGUITO DI VERIFICA RAFFORZATA

OPERAZIONE SOSPETTA

- Si** → invio al responsabile SOS
- No**

Data ____ / ____ / _____

Firma del Responsabile della Funzione _____