

FICHE DE CONNAISSANCE DU CLIENT (KYC)
Personne Physique / Entreprise Individuelle

Cette fiche est destinée à répondre aux obligations légales 18 à 22 de la loi uniforme relative lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Contexte de l'entrée en relation
Type du client Personne Physique :
☒ Particulier ☐ Professionnel ☐ Entreprise Individuelle

Contexte de l'entrée en relation

☐ Entrée en relation directe

☐ Mandataire / Tuteur

Nom / Dénomination

Prénom

Date de naissance

Lieu de naissance

N° pièce d'identité / RCCM

Domicile

☐ Représentant légal

Nom / Dénomination:

Prénom:

Date de naissance:

Lieu de naissance:

N° pièce d'identité / RCCM:

Domicile:

Identité du client
Dénomination sociale:

Nom:

Prénom:

Date de naissance: 00/01/1900

Lieu de naissance / Rep.

Pays de nationalité:

Pays de deuxième nationalité:

Nom du père:

Prénom du père:

Nom de la mère:

Prénom de la mère:

 Situation matrimoniale: ☐ Célibataire

☒ Marié ☐ Divorcé ☐ Veuf / Veuve

Nom du conjoint:

Prénom du conjoint:

 Statut ☒ Malien résident ☐ Etranger résident

☐ Résident dans autre pays UEMOA ☐ Non résident dans UEMOA

Pays de résidence: MALI

Pièce d'identité

☐ CIN

N° CIN:

Valable du: au:

☐ Passeport

N° Passeport:

Valable du: au:

☒ Carte NINA

N° Carte NINA:

Valable du: 00/01/1900 au:

Si professionnel ou entreprise individuelle

N° RCCM:

Centre d'immatriculation:

NINEA*:

Adresse du client

Adresse légale:

Code postal:

Ville:

Pays: MALI

Justificatif d'adresse (case à cocher)

☒ Certificat de résidence☐ Facture d'eau/Electricité ☐ Autre

Adresse de correspondance:

Code postal:

Ville:

Pays:

Mode de distribution des relevés bancaires souhaités:

☒ Poste☐ Mail**Coordonnées du client**

Numéro de téléphone:

00 00 00

Email:

Profession du client

Profession:

Actif

☒ Inactif

Fonction exercée (Si inactif / retraité, préciser la fonction antérieure):

Employé De Commerce

Nom de l'employeur:

Adresse de l'employeur:

Téléphone de l'employeur:

CSP:

Si professionnel

Secteur d'activité:

Revenu mensuel:

☒ 0 à 100 000 FCFA

100 001 à 300 000 FCFA

300 001 à 500 000 FCFA

500 001 à 1 000 000 FCFA

1 000 001 à 2 000 000 FCFA

2 000 001 à 3 000 000 FCFA

3 000 001 à 4 000 000 FCFA

4 000 001 à 5 000 000 FCFA

> 5 000 000 FCFA

Origine du revenu

Montant

Salaire / revenu

Loyer(s)

Dividendes

☒ Autres (à préciser)

Fonctionnaire

0 FCFA

Objet de la relation et origine des fonds

Objet de la relation

☒ Ouverture de compte / Disposer de moyens de paiement

☐ Produits d'épargne

☐ Souscrire un crédit

☐ Autres (à préciser)

Origine des fonds :

Autres comptes bancaires détenus par le client

Type de compte	Nom de l'établissement bancaire

Personne Politiquement Exposée

Exercez-vous ou avez-vous exercé depuis moins d'un an une fonction publique de haut rang ?

☐ OUI

☒ NON

Si oui, quelle fonction ?

Dans quel pays ?

Une personne de votre famille ou de votre entourage exerce-t-elle ou a-t-elle exercé au cours des 12 derniers mois une fonction publique de haut rang ?

☐ OUI

☒ NON

Si oui, quelle fonction ?

Dans quel pays ?

Autorisation de traitement des données personnelles

☐ J'autorise BOA Mali à traiter, dans le respect des dispositions de la loi n°2013-015 du 21 mai 2013, toutes mes données personnelles mis à sa disposition pour les besoins liés à son activité.

Signature du client

J'atteste de l'exactitude des informations ci-dessus et je reconnais avoir été informé que la banque peut se réserver le droit de clôturer le compte dans le cadre de l'exercice de ses diligences.

Signature du client précédée de la mention «lu et approuvé»

Fait à:

Bougouni, le 20 octobre 2023

^[1] Si montant du premier apport est important

Commentaires sur le client

Synthèse générale suite à l'analyse du dossier client et compte rendu d'entretien

Signatures

Signature du chargé de clientèle

Signature du directeur d'agence

RESERVE UNIQUEMENT AU COMPLIANCE

Avis favorable pour ouverture du compte

☐ OUI

☐ NON

Nom & signature

RESERVE UNIQUEMENT AU SERVICE JURIDIQUE

Avis favorable pour ouverture du compte

☐ OUI

☐ NON

Nom & signature

RESERVE UNIQUEMENT AU DIRECTEUR GENERAL

Avis favorable pour ouverture du compte

☐ OUI

☐ NON

Nom & signature

FORMULAIRE TYPE D'OBTENTION DU CONSENTEMENT DANS LE CADRE DU SYSTEME DE PARTAGE D'INFORMATION SUR LE CREDIT DANS L'UMOA
[PERSONNE PHYSIQUE]

Nom & Prénom(s): _____ Date : **20/10/2023**

Adresse: _____

Numéro de compte : **250 01 -**

☐ Accepte que les informations de crédit, historiques et courantes, me concernant notamment, les soldes approuvés et en souffrance, les limites de crédit, les cessations de paiement, le solde des arriérés auprès de la BANK OF AFRICA MALI soient transmises à CREDITINFO VOLO ayant son siège social à Abidjan-Cocody 7 boulevard Latrille, BP 945. **[Art 41 points 2, 3 et 4, Art 44, points 1 et 2]**

☐ Accepte que les informations précitées soient communiquées par CREDITINFO VOLO aux établissements ayant accès à sa (leurs) base (s) de données, y compris ceux situés sur le territoire d'un autre Etat membre de l'UMOA. **[Art 42 point 1, Art 44, point 4]**

☐ Comprends que ces informations ne peuvent, en aucun cas, porter sur mes dépôts. **[Art 53, alinéa 3]**

☐ Comprends que CREDITINFO VOLO ne diffusera (ont) que les informations dont l'ancienneté n'excède pas cinq (5) ans. **[Art 41, point 3]**

☐ Comprends que CREDITINFO VOLO conservera (ont) les informations de crédit pendant une durée de cinq (5) ans supplémentaire après que j'ai cessé la relation d'affaires avec *[Nom de l'Etablissement]*. **[Art 41, point 4]**

☐ Comprends que j'ai le droit d'accès aux données me concernant dans la (les) base (s) de données *[Noms du BIC ou des BIC]* afin de vérifier mes historiques de crédit, de contester et faire corriger ou radier des informations erronées dans ladite (lesdites) base (s) ou dans un rapport de crédit. **[Art 44, point 7]**

☐ Comprends que j'ai le droit de recevoir toutes les informations conservées par CREDITINFO VOLO sur mon historique de crédit, sous la forme d'un rapport de crédit gratuitement une (1) fois par an et en cas de litige lié à une erreur dans les données, imputable à la BANK OF AFRICA MALI ou à CREDITINFO VOLO. **[Art 44, point 8].**

Signature *[avec mention obligatoire "Lu et approuvé"]*

FICHE D'AUTOCONTROLE OUVERTURE DE COMPTE PARTICULIER

AGENCE	Bougouni
NOM DU CLIENT	
N° COMPTE	250 01 -
GESTIONNAIRE	
DATE	20/10/2023

	DOCUMENTS EXIGES	REMIS		ANOMALIES RELEVÉES
		OUI	NON	
PARTICULIER	Copie Pièce d'Identité en cours de validité			
	Deux phtos d'identité agrafées au carton			
	Justificatif d'adresse du domicile / professionnel (FactureEDM / SOTELMA; Contrat de Bail ou Certificat de Résidence			

CONTRÔLE EFFECTUE PAR:

Date et Signature:



**BANK
OF
AFRICA**
MALI

GRUPE BANK OF AFRICA

Demande de chèquiers

Donneur d'ordre

Nom du titulaire du compte _____
/ Tel: _____

Veillez établir pour le compte suivant:

Compte N°

0	2	5	0							0	1
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	---	---

Devise

X	O	F
---	---	---

Francs CFA

_____ carnet(s) de _____ chèques ☐ barrés ☐ non barrés

☐ le(s) tenir à ma disposition dans l'agence gérante du compte

☐ me le(s) faire parvenir à l'adresse suivante: *(les frais de port seront automatiquement débités sur votre compte sans avis)*

Nom: _____

Adresse: _____

Les chèques non barrés sont soumis à un droit de timbre de 100FCFA par feuillet. (Règlement n° 15/2002/CM/UEMOA/ du 19/09/2002)

Important

Le non retrait dans un délai de deux (2) mois du ou des chèquiers que vous commandez, entraîne le prélèvement des frais de gardiennage à raison de 3000 FCFA HT par chèque et par mois. La destruction du ou des chèquiers intervient après six (6) mois de détention par la banque

Fait à: Bougouni, le

2	0
---	---

1	0
---	---

2	0	2	3
---	---	---	---

Signature Client