



# Obligations d'identification en relation avec la loi anti-blanchiment – Actualisation des données (EULUX)

La loi relative à la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme impose aux prestataires de services de paiement d'identifier leurs clients et les bénéficiaires effectifs de leurs clients. Cette identification doit être régulièrement mise à jour et complétée par des pièces justificatives récentes. SIX Payment Services (Europe) S.A. est tenue de procéder à cette actualisation des données et assure à ses clients la plus grande sécurité des informations sensibles qu'elle seront confiées.

**Vous avez la possibilité de télécharger ce formulaire et de le remplir à l'écran. Utilisez le lien suivant pour ce faire:**  
[www.six-payment-services.com/aml-update](http://www.six-payment-services.com/aml-update)

**Avant la soumission, les formulaires remplis de manière électronique doivent être imprimés, dûment signés et complétés par les documents justificatifs requis.**

<b>Partenaire Affilié</b>	N° de TVA	Partner ID
---------------------------	-----------	------------

  

### Représentants légaux

#### Représentant légal 1

Mme  M. Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Fonction \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Données privées Rue/n° \_\_\_\_\_  
CP/Lieu \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ Lieu de naissance \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_

Pièce d'identité N° du document \_\_\_\_\_ Délivrée à \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_  
 Passport Délivrée par \_\_\_\_\_ Délivrée le \_\_\_\_\_ Date d'expiration \_\_\_\_\_  
 Carte d'identité

---

#### Représentant légal 2

Mme  M. Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Fonction \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Données privées Rue/n° \_\_\_\_\_  
CP/Lieu \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ Lieu de naissance \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_

Pièce d'identité N° du document \_\_\_\_\_ Délivrée à \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_  
 Passport Délivrée par \_\_\_\_\_ Délivrée le \_\_\_\_\_ Date d'expiration \_\_\_\_\_  
 Carte d'identité

### Bénéficiaires effectifs

SIX Payment Services (Europe) S.A. est tenue d'identifier le/les «bénéficiaire/s effectif/s». Au sens de la loi anti-blanchiment, est considéré comme bénéficiaire effectif **toute personne physique qui, en dernier lieu, possède ou contrôle la société du Partenaire Affilié**, c'est-à-dire, toute personne physique qui possède ou contrôle **directement ou indirectement au moins 25%** de la participation au capital ou des droits de vote de la société.

Les affirmations suivantes vous aident à attribuer correctement des éventuels bénéficiaires effectifs. Veuillez cocher l'option qui s'applique à la société:

- 1. Le Partenaire Affilié est une entreprise individuelle, et l'entrepreneur individuel est le seul ayant droit économique.**  
Si cette forme juridique s'applique à votre cas, il suffit de remplir la partie «Représentant légal 1» avec vos données personnelles, de signer le formulaire et de mettre en annexe, avant de le renvoyer, une copie lisible d'une pièce d'identité en cours de validité.
- 2. La société du Partenaire Affilié n'est pas une entreprise individuelle. Il y a un ou plusieurs bénéficiaires effectifs détenant/contrôlant directement ou indirectement une quote-part d'au moins 25% dans la société.**  
Si cette forme juridique s'applique à la société, les données complètes de tous les bénéficiaires effectifs doivent être indiquées. Si la société recense plus de 2 bénéficiaires effectifs, vous êtes priés de faire une copie de la deuxième page de ce formulaire.  
Avant la soumission, tous les formulaires doivent être signés et complétés par les documents justificatifs requis.
- 3. Il n'existe pas de bénéficiaires effectifs au sens de la loi anti-blanchiment.**  
 La société est cotée en bourse.  
 Personne ne détient directement ou indirectement une quote-part d'au moins 25% dans la société.  
 Autre \_\_\_\_\_  
Si une de ces options s'applique à la société, il suffit de remplir la partie «Représentants légaux», de faire signer le formulaire par ces représentants et de le renvoyer en annexant les documents justificatifs requis.



**Bénéficiaire effectif 1**

- Identique au représentant légal 1     Identique au représentant légal 2  
(veuillez indiquer le nom en entier et les détails du droit effectif)

Mme    M.

Données privées

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Rue/n° \_\_\_\_\_

CP/Lieu \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Lieu de naissance \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_

Pièce d'identité

- Passport  
 Carte d'identité

N° du document \_\_\_\_\_ Délivrée à \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Délivrée par \_\_\_\_\_ Délivrée le \_\_\_\_\_ Date d'expiration \_\_\_\_\_

**Droit effectif**

- Direct **Le bénéficiaire effectif détient directement au moins 25% de la participation au capital ou des droits de vote de la société du Partenaire Affilié.**

Sa part du capital social s'élève à \_\_\_\_\_ %

Sa part des droits de vote s'élève à \_\_\_\_\_ %

- Indirect **La personne morale suivante détient une part de \_\_\_\_\_ % (au moins 25%) dans la société du Partenaire Affilié.**

Société \_\_\_\_\_

Siège à: Rue/no \_\_\_\_\_

CP/Lieu \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

La part du capital social du bénéficiaire effectif dans la société mentionnée ci-dessus s'élève à \_\_\_\_\_ %

La part des droits de vote du bénéficiaire effectif dans la société mentionnée ci-dessus s'élève à \_\_\_\_\_ %

**Bénéficiaire effectif 2**

- Identique au représentant légal 2    (veuillez indiquer le nom en entier et les détails du droit effectif)

Mme    M.

Données privées

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Rue/n° \_\_\_\_\_

CP/Lieu \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Lieu de naissance \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_

Pièce d'identité

- Passport  
 Carte d'identité

N° du document \_\_\_\_\_ Délivrée à \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Délivrée par \_\_\_\_\_ Délivrée le \_\_\_\_\_ Date d'expiration \_\_\_\_\_

**Droit effectif**

- Direct **Le bénéficiaire effectif détient directement au moins 25% de la participation au capital ou des droits de vote de la société du Partenaire Affilié.**

Sa part du capital social s'élève à \_\_\_\_\_ %

Sa part des droits de vote s'élève à \_\_\_\_\_ %

- Indirect **La personne morale suivante détient une part de \_\_\_\_\_ % (au moins 25%) dans la société du Partenaire Affilié.**

Société \_\_\_\_\_

Siège à: Rue/no \_\_\_\_\_

CP/Lieu \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

La part du capital social du bénéficiaire effectif dans la société mentionnée ci-dessus s'élève à \_\_\_\_\_ %

La part des droits de vote du bénéficiaire effectif dans la société mentionnée ci-dessus s'élève à \_\_\_\_\_ %

**Annexes**

- Copies lisibles de toutes les preuves d'identité mentionnées  
 Extraits du registre de commerce récents du Partenaire Affilié et des sociétés intermédiaires  
Seuls les extraits originaux, leurs copies ou les extraits provenant de la banque de données officielle tenue par l'autorité du registre (extrait d'Internet) qui démontrent la situation actuelle sont valables.

Par sa signature, le Partenaire Affilié déclare que les informations fournies ci-dessus sont complètes et conformes à la vérité.

En outre, le Partenaire Affilié accepte de notifier immédiatement SIX Payment Services de toutes les modifications concernant le droit effectif et de fournir, sur demande, des informations supplémentaires.

Date et lieu	Signature représentant légal 1 *	Signature représentant légal 2 **
--------------	----------------------------------	-----------------------------------

\* Prénom et nom en caractères d'imprimerie

\*\* Prénom et nom en caractères d'imprimerie