**ОПРОСНЫЙ ЛИСТ**

для ***разработки Правил внутреннего контроля по ПОД/ФТ/ФРОМУ***

и дополнительных документов к ним для организаций,

***осуществляющих деятельность оператора по приему платежей***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Дата заполнения** |  |
| **№** | **Вопрос** | **Ответ** | |
|  | Полное фирменное наименование юридического лица |  | |
|  | Адрес регистрации *согласно ЕГРЮЛ*  *(индекс, регион, населенный пункт, дом и т.д.*) |  | |
|  | Почтовый адрес, *если отличен от адреса регистрации* |  | |
|  | ОГРН/ИНН/КПП и дата государственной регистрации |  | |
|  | Банковские реквизиты |  | |
|  | Адрес официального сайта (*при наличии*) |  | |
|  | ФИО и контакты контактного лица (в том числе электронная почта и мобильный телефон) (*для уточнения сведений, запроса дополнительных документов и направления готовых проектов документов*) |  | |
|  | Вид деятельности юридического лица/ИП  *по перечню из* [*ст. 5 Федерального закона 115-ФЗ*](http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=200073&div=LAW&dst=100029%2C0&rnd=0.312807299036843) | Деятельность оператора по приему платежей | |
|  | Укажите специфику деятельности – какие именно услуги оказываются и кому |  | |
|  | Будет ли создано ОТДЕЛЬНОЕ подразделение по ПОД/ФТ или этим будет заниматься один сотрудник?  *Если ДА – указать количество и должности сотрудников* |  | |
|  | Категории клиентов: физические лица, юридические лица, ИП |  | |
|  | Укажите даты утверждения редакций Правил Внутреннего Контроля по ПОД/ФТ(ФРОМУ) (примерно, хотя бы годы) |  | |
|  | Укажите даты отправки «квартальных» ФЭС за последний год (если направляли) – речь о «трехмесячных», «квартальных» сообщениях о сверке клиентов с лицами, в отношении которых применены или должны применяться меры по замораживанию (блокированию) |  | |
|  | Должность (директор, Генеральный директор, Директор, Президент, ИП, и т.д.) и ФИО **руководителя**, дата издания приказа о назначении на должность |  | |
|  | Дата прохождения руководителем целевого инструктажа по ПОД/ФТ/ФРОМУ (если имеется) |  | |
|  | На кого возложены **функции по бух.учету (должность)**? |  | |
|  | Должность (обязательно укажите) и ФИО сотрудника, выполняющего функции **специального должностного лица по ПОД/ФТ (СДЛ).** Дата издания соответствующего приказа о назначении СДЛ (если имеется). |  | |
|  | Дата прохождения СДЛ целевого инструктажа по ПОД/ФТ (если имеется) |  | |
|  | В период нахождения СДЛ в отпуске, кто будет исполнять его функции (*ФИО и должность*)? |  | |
|  | Фактическое количество сотрудников, вовлеченных в деятельность по ПОД/ФТ/ФРОМУ (например – СДЛ, руководитель, продавцы, менеджеры, агенты) |  | |
|  | Должности сотрудников, осуществляющих ***первичную (ДО ПРИНЯТИЯ НА ОБСЛУЖИВАНИЕ)*** идентификацию клиента *(составление анкеты ДО принятия на обслуживание, запрос документов, проверка на причастность к терроризму и т.д.) – например – продавцы в магазине, менеджеры, Агенты и т.д.* |  | |
|  | Должности сотрудников, взаимодействующих с клиентом ***ПОСЛЕ его приема на обслуживание*** (*обновление сведений, запрос дополнительных документов о клиенте или сделке*) – обычно это СДЛ и руководитель |  | |
|  | Должности и ФИО сотрудников, прошедших целевой инструктаж по ПОД/ФТ, и даты инструктажей (если имеется). УКАЖИТЕ по возможности ВСЕ с начала деятельности. |  | |
|  | Имеются ли филиалы или представительства, обособленные подразделения? Сколько и где? |  | |
|  | Если имеются филиалы или обособленные подразделения, укажите, кто будет в них выполнять функции СДЛ:  1) СДЛ центрального офиса;  2) дополнительно назначенное СДЛ |  | |
|  | Укажите место хранения документов по ПОД/ФТ:  - по адресу регистрации;  - по почтовому адресу;  - по иному адресу; - по месту жительства ИП (Если Вы ИП). |  | |
|  | С какой даты ФАКТИЧЕСКИ осуществляется деятельность?  *Дата заключения первого договора с клиентом* |  | |
|  | Дата постановки на учет в Росфинмониторинге, хотя бы примерно |  | |
|  | Дата регистрации личного кабинета на сайте Росфинмониторинга (если имеется Личный кабинет) – хотя бы примерно |  | |
|  | Были ли у Вас проверки надзорных органов по ПОД/ФТ/ФРОМУ? *Укажите дату и результат (обязательно, это важно).* |  | |
|  | Дополнительные сведения, которые Вы хотите указать в ПВК |  | |