

Kwestionariusz współpracy z podmiotami usług płatniczych

| LP. | Forma organizacyjna oraz informacje dotyczące Instytucji Płatniczej | Odpowiedzi |
|-----|--|------------|
| 1 | Nazwa instytucji. | |
| 2 | Czy instytucja działa pod inną nazwą handlową? Jeśli tak, proszę o podanie. | |
| 3 | Forma organizacyjna instytucji | |
| 4 | NIP lub państwo rejestracji, rejestr handlowy (np..KRS) oraz numer i data rejestracji. | |
| 5 | Data rozpoczęcia prowadzenia działalności przez instytucję w zakresie świadczenia usług płatniczych. | |
| 6 | Nazwa instytucji wydającej licencję na świadczenie usług płatniczych. | |
| 7 | Numer i data uzyskania licencji/wpisu do rejestru dostawców usług płatniczych oraz kraj rejestracji lub data notyfikacji do KNF. | |
| 8 | Zakres posiadanej licencji/zezwoleń. | |
| 9 | <p>Czy działalność w zakresie świadczenia usług płatniczych jest jedyną działalnością wykonywaną przez Państwa instytucję? Jeśli nie, proszę o wypełnienie pkt a-b:</p> <p>a. Jeśli działalność w zakresie świadczenia usług płatniczych nie jest jedyną działalnością wykonywaną przez Państwa instytucję, proszę o wskazanie pozostałej działalności,</p> <p>b. Jeśli działalność w zakresie świadczenia usług płatniczych nie jest jedyną działalnością wykonywaną przez Państwa instytucję, proszę o wskazanie szacowanego procentowego udziału ww. usług płatniczych względem pozostałej działalności instytucji.</p> | |
| 10 | Adres siedziby lub wykonywania działalności w charakterze Instytucji Płatniczej. W przypadku istnienia kilku adresów, proszę o podanie wszystkich. | |
| 11 | Czy instytucja jest spółką, której papiery wartościowe są dopuszczone do obrotu na rynku regulowanym? Jeśli tak, proszę o podanie nazwy giełdy oraz symbolu giełdowego (kod ISIN). | |
| 12 | Adres strony internetowej instytucji. Proszę o podanie wszystkich adresów stron, w tym aliasy, strony platform lub strony odnoszące się do pozostałej działalności instytucji, jeśli występuje. | |
| 13 | Główne kraje, w których instytucja prowadzi działalność. | |
| 14 | Struktura kapitałowa instytucji wraz ze schematem obrazującym strukturę kontroli i własności z wyszczególnieniem jej podmiotów zależnych. | |
| 15 | Czy instytucja należy do grupy kapitałowej? Jeśli tak, proszę o podanie nazwy grupy kapitałowej oraz nazwy (i dokumentów rejestrowych) podmiotu dominującego. | |
| | a. imię i nazwisko, | |

| | | | |
|------------|--|---|-------------------|
| 16 | Dane reprezentantów instytucji: | b. numer PESEL lub data urodzenia—w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL, oraz państwo urodzenia. | |
| 17 | Dane osób upoważnionych do działania w imieniu instytucji w relacjach z bankiem, w szczególności osób upoważnionych do inicjowania transakcji: | a. imię i nazwisko, | |
| | | b. obywatelstwo, | |
| | | c. numer PESEL lub data urodzenia —w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL, oraz państwo urodzenia, | |
| | | d. seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby. | |
| 18 | Dane beneficjentów rzeczywistych instytucji: | a. imię i nazwisko, | |
| | | b. obywatelstwo, | |
| | | c. dodatkowo: numer PESEL lub data urodzenia — w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL, oraz państwo urodzenia, seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby oraz adres zamieszkania. | |
| 19 | Liczba pracowników zatrudnionych w instytucji. | | |
| 20 | Jakim wynikiem instytucja zakończyła ubiegły rok finansowy? | a. zysk, | |
| | | b. strata, | |
| | | c. bieżący rok jest pierwszym okresem rozliczeniowym. | |
| LP. | Charakter relacji instytucji płatniczej z Bankiem | | Odpowiedzi |
| 1 | Produkty/usługi płatnicze, z jakich instytucja zamierza korzystać w Banku. | | |
| 2 | Czy wskazane produkty/usługi wykorzystywane będą na potrzeby obsługi klientów instytucji związanych ze świadczeniem usług płatniczych, czy też będą wykorzystywane wyłącznie na potrzeby gospodarki własnej? | | |
| 3 | Czy wskazane produkty/usługi wykorzystywane będą na potrzeby działalności innej niż związanej ze świadczeniem usług płatniczych? | | |
| 4 | Czy prowadzą Państwo bądź zamierzają prowadzić działalność w oparciu o sieć agentów/pośredników, którzy nie są bezpośrednio zatrudnieni przez instytucję? | | |
| 5 | Do klientów jakich państw skierowana będzie oferta, w której dostawcą usług płatniczych będzie bank? | | |
| 6 | W przypadku zagranicznej instytucji płatniczej — czy transakcje realizowane za pośrednictwem Banku będą związane z klientami instytucji mającymi siedzibę bądź miejsce zamieszkania w Polsce? | | |
| | | 1) Hazardem, | |

| | | | |
|------------|--|---|--|
| 7 | Czy Państwa instytucja dopuszcza do realizowania przez klientów transakcji związanych z (przykładowy katalog): | 2) Obrotem metalami lub kamieniami szlachetnymi, | |
| | | 3) Handlem kryptowalutami, | |
| | | 4) Handlem bronią, | |
| | | 5) Handlem narkotykami, | |
| | | 6) Handlem środkami odurzającymi, | |
| | | 7) Handlem farmaceutykami (przez instytucje nieuprawnione), | |
| | | 8) Opcjami binarnymi, | |
| | | 9) Podmiotami wpisanymi na listy ostrzeżeń organów nadzoru nad rynkiem finansowym oraz podmiotami powiązanych z nimi właścicielsko, | |
| | | 10) Podmiotami i osobami z krajów objętych sankcjami UE i USA. | |
| | | 11). Nie dopuszcza. | |
| | | LP. | Informacje dotyczące Procedury/Polityki/Programu przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz Finansowaniu terroryzmu (AML/CFT) |
| 1 | Czy instytucja podlega regulacjom z zakresu AML/CFT?(dotyczy zagranicznych instytucji)? | | |
| 2 | Czy instytucja posiada niżej wymienione dokumenty (jeśli tak, proszę o przekazanie dokumentacji w formie załączników): | a. wewnętrzną procedurę przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu? | |
| | | b. grupową procedurę przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu? | |
| | | c. Regulacje wewnętrzne w zakresie respektowania międzynarodowych sankcji finansowych? | |
| 3 | Data wejścia w życie i data ostatniej aktualizacji ww. procedur. | | |
| 4 | Czy posiadają Państwo ocenę ryzyka instytucji w zakresie przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz finansowania terroryzmu? Jeśli tak, proszę o przekazanie informacji o końcowej ocenie ryzyka oraz kluczowych czynnikach ryzyka w formie załącznika. | | |
| 5 | Proszę o podanie imion i nazwisk oraz stanowisk osób odpowiedzialnych za realizację obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniem terroryzmu, wraz z danymi kontaktowymi (np. e-mail, numer telefonu). | | |
| 6 | Czy zapewniają Państwo udział osób wykonujących obowiązki związane z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu w programach szkoleniowych dotyczących tych obowiązków? Jeśli tak, proszę o wskazanie sposobu realizacji programu szkoleniowego w zakresie AML/CFT. | | |
| LP. | Charakterystyka działalności instytucji płatniczej | Odpowiedzi | |
| 1 | Wykaz oferowanych (w praktyce) produktów i świadczonych usług płatniczych. | | |
| 2 | Wykaz oferowanych produktów i świadczonych usług podlegających obowiązkom związanym z procesem AML, nie będących usługami płatniczymi. | | |

| | | | |
|----|---|---|--|
| 3 | Wykaz obsługiwanych walut. | | |
| 4 | Czy instytucja obsługuje transakcje gotówkowe? | | |
| 5 | Czy instytucja umożliwia dokonanie zasilenia przy użyciu produktów anonimowych, w tym kart przedpłaconych? | | |
| 6 | Czy instytucja realizuje transfery wychodzące lub przychodzące spoza obszaru Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego? | | |
| 7 | Sposób nawiązywania relacji z klientem, ze wskazaniem sposobu przeważającego (wraz z szacunkowym udziałem procentowym): | a. kontakt osobisty w siedzibie instytucji, | |
| | | b. bez fizycznej obecności, | |
| | | c. inne, np. za pośrednictwem podmiotów trzecich. Jeśli tak, proszę o wskazanie, o jakich podmiotach trzecich mowa. | |
| 8 | Liczba klientów, z którymi instytucja ma nawiązane stałe stosunki gospodarcze (szacunkowy podział klientów na poszczególne kategorie ryzyka AML/CFT). | | |
| 9 | Struktura geograficzna bazy klientów (wraz z szacunkowym udziałem procentowym): | a. rezydenci PL, | |
| | | b. rezydenci UE, | |
| | | c. klienci spoza UE, EOG. | |
| 10 | Czy instytucja świadczy usługi dla osób prawnych? | | |
| 11 | Struktura prawna bazy klientów (proszę o podanie szacunkowego udziału): | a. osoby fizyczne, | |
| | | b. osoby prawne, | |
| | | c. podmioty nieposiadające osobowości prawnej. | |
| 12 | Czy instytucja posiada w bazie klientów osoby o statusie PEP? Jeśli tak, proszę o wskazanie liczby nawiązanych relacji o statusie PEP. | | |
| 13 | Czy instytucja posiada listę branż/podmiotów/krajów/regionów, z którymi nie nawiązuje relacji/nie świadczy usług? Jeśli tak, proszę o przekazanie przedmiotowej listy w formie załącznika. | | |
| 14 | Czy Państwa instytucja świadczy bądź zamierza świadczyć usługi pośrednictwa na rzecz innych instytucji finansowych w formie rachunków zagnieżdżonych (tzw. relacje nested)? Jeśli tak, proszę o podanie typów tych instytucji i szczegółowy opis tego typu relacji. | | |
| 15 | Łączna liczba transakcji płatniczych wykonanych w ostatnim roku. | | |
| 16 | Łączna wartość transakcji płatniczych wykonanych w ostatnim roku. | | |
| 17 | Średnia wartość transakcji płatniczej wykonanej w ostatnim roku. | | |
| | Czy instytucja prowadzi bądź zamierza prowadzić rachunki płatnicze dla | a. łączna liczba prowadzonych rachunków płatniczych dla klientów, | |
| | | b. Czy wszystkie wpłacane środki przez klientów są przekazywane/mają być przekazywane na ogólny rachunek bankowy? | |

| | | | |
|------------|--|--|-------------------|
| 18 | <p>proszę o prowadzenie rachunków płatniczych dla klientów/przechowywanie środków płatniczych dla klientów? Jeśli tak, proszę o wypełnienie lit. a-d:</p> | <p>c. Czy instytucja prowadzi dla swoich klientów rachunki w formacie RNB (collect) w ramach rachunku bankowego w innej instytucji?</p> | |
| | | <p>d. Czy instytucja wnioskuję o otwarcie rachunku bankowego, w ramach którego przydzielane będą rachunki collect dla swoich klientów?</p> | |
| 19 | <p>Czy w terminie najbliższych 12-stu m-cy planowane jest (zostało zatwierdzone) poszerzenie portfela produktów lub usług płatniczych oraz rozszerzenie rynku docelowego klientów? Jeśli tak, proszę o dodanie opisu w zakresie powyższego.</p> | | |
| 20 | <p>Czy instytucja posiada techniczne możliwości wykorzystania API (application programming interface) bankowego do przekazywania transakcji?</p> | | |
| LP. | Ocena ryzyka i środki bezpieczeństwa finansowego instytucji płatniczej | | Odpowiedzi |
| 1 | <p>Stosowane w praktyce kryteria oceny ryzyka AML/CFT klienta.</p> | | |
| 2 | <p>Okresy przeglądu aktualności danych klientów i weryfikacji przyznanej oceny ryzyka AM L/CFT klientów, z uwzględnieniem podziału na poszczególne kategorie oceny ryzyka.</p> | | |
| 3 | <p>Zdarzenia obligujące do przeprowadzenia weryfikacji przyznanej oceny ryzyka klienta, niezależnie od wskazanych wyżej okresów przeglądu.</p> | | |
| 4 | <p>Lista czynników mających wpływ na podwyższenie przyznanej oceny ryzyka klienta.</p> | | |
| 5 | <p>Lista branż oraz państw zakwalifikowanych przez Instytucję Płatniczą do podwyższonego ryzyka AML/CFT.</p> | | |
| 6 | <p>Przyjęty sposób weryfikacji danych identyfikacyjnych klienta w przypadku nawiązywania relacji bez fizycznej obecności:</p> | <p>a. podpis kwalifikowany,</p> | |
| | | <p>b. przelew weryfikacyjny,</p> | |
| | | <p>c. wideoweryfikacja/biometria,</p> | |
| | | <p>d. skan dokumentów stwierdzających tożsamość/dokumentów rejestrowych,</p> | |
| | | <p>e. zdjęcie typu „selfie” wraz z dokumentem stwierdzającym tożsamość,</p> | |
| | | <p>f. zewnętrzne bazy danych (proszę o podanie, jakie to bazy),</p> | |
| | | <p>g. inne (proszę o podanie).</p> | |
| 7 | <p>Wykaz dokumentów pobieranych w celu weryfikacji danych identyfikacyjnych klienta w przypadku nawiązywania relacji osobiście.</p> | | |
| 8 | <p>Czy wykaz dokumentów pobieranych w celu weryfikacji danych identyfikujących klienta jest aktualizowany? Jeśli tak, proszę o wskazanie okresów weryfikacji dla poszczególnych kategorii ryzyka.</p> | | |

| | | |
|------------|--|--|
| 9 | Wykaz stosowanych przez instytucję wzmocnionych środków bezpieczeństwa finansowego. | |
| 10 | Przyjęty sposób weryfikacji klientów i beneficjentów rzeczywistych pod względem statusu PEP: | a. brak weryfikacji, |
| | | b. pisemne/ustne oświadczenie klienta, |
| | | c. zewnętrzne bazy danych (proszę o podanie, jakie to bazy), |
| | | d. oświadczenie klienta i zewnętrzna baza danych, |
| | | e. inne (proszę o podanie), |
| | | f. katalog środków bezpieczeństwa finansowego stosowanych wobec osób o statusie PEP. |
| 11 | Typologia transakcji podejrzanych przyjęta w instytucji. Proszę o załączenie opisu. | |
| 12 | System monitorowania/analizy transakcji stosowany przez instytucję na potrzeby AML/CFT: | a. całkowicie manualny, |
| | | b. półautomatyczny/automatyczny, |
| | | c. różny dla poszczególnych produktów i usług płatniczych (proszę o załączenie opisu) |
| 13 | Proces monitorowania/analizy transakcji na potrzeby AML/CFT: | a. w trybie online, |
| | | b. ex-post, |
| | | c. mieszany. |
| 14 | Czy systemem monitorowania/analizy transakcji obejmuje: | a. wszystkie transakcje klientów, |
| | | b. wybrane transakcje np. dla danej grupy klientów, produktów lub wartości transakcji (jeśli tak, proszę o załączenie opisu) |
| 15 | W przypadku półautomatycznego/automatycznego systemu monitorowania/analizy transakcji proszę wskazać: | a. liczbę zaimplementowanych reguł analitycznych, |
| | | b. średni miesięczny wolumen alertów analitycznych generowanych przez system, |
| | | c. średni czas zamykania/analizy alertów analitycznych generowanych przez system, |
| | | d. sposób weryfikacji alertów - lokalnie na szczeblu operacyjnym lub na poziomie centralnym. |
| 16 | W przypadku manualnego systemu monitorowania/analizy transakcji proszę o załączenie opisu jego funkcjonowania, np. jakie raporty, zestawienia lub kryteria są do tego celu wykorzystywane. | |
| 17 | Czy instytucja posiada dedykowanych pracowników do monitoringu/analizy transakcji? Jeśli tak, proszę o podanie liczby pracowników. | |
| LP. | Informacje towarzyszące transferom środków pieniężnych | Odpowiedzi |
| 1 | Czy instytucja zawsze identyfikuje i weryfikuje dane o płatniku i odbiorcy transferu? Jeśli nie, proszę o podanie w jakich okolicznościach nie jest przeprowadzana identyfikacja i weryfikacja danych o płatniku i odbiorcy transferu. | |

| | | |
|------------|--|--|
| 2 | Czy instytucja posiada mechanizm wykrywania braku pełnych danych o płatniku lub odbiorcy, w tym w przypadku, gdy instytucja jest pośredniczącym dostawcą usług płatniczych? | |
| 3 | Czy instytucja w każdym przypadku zapewnia pełen zakres wymaganych danych o faktycznym/pierwotnym płatniku i odbiorcy w dokonywanych transferach środków pieniężnych? Jeśli tak, proszę o podanie w jaki sposób instytucja zapewnia przekazanie pełnych danych (np. pole narracyjne przelewu, osobny kanał informacyjny, inne; proszę o załączenie opisu). | |
| LP. | Listy sankcyjne | Odpowiedzi |
| 1 | Czy instytucja weryfikuje pod względem występowania na listach sankcyjnych: | a. klientów, |
| | | b. beneficjentów rzeczywistych klientów, |
| | | c. płatników/zleceniodawców transakcji, |
| | | d. odbiorców transakcji. |
| 2 | Listy sankcyjne, które instytucja wykorzystuje do weryfikacji (proszę o przekazanie kategorii list np. OFAC, UE, ONZ, inne). | |
| 3 | Czy weryfikacja z listami sankcyjnymi dotyczy płatności krajowych i zagranicznych oraz banków biorących udział w transferze? | |
| 4 | Sposób dokonywania weryfikacji na listach sankcyjnych: | a. manualny, |
| | | b. automatyczny. |
| 5 | Częstotliwość weryfikacji aktualności bazy klientów z listami sankcyjnymi. | |
| 6 | Czy weryfikacja płatników/zleceniodawców oraz odbiorców transakcji z listami sankcyjnymi odbywa się przed zrealizowaniem transakcji? | |
| 7 | Czy instytucja posiada w bazie klientów podmioty spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego? Jeśli tak, proszę wskazać te państwa. | |
| 8 | Czy instytucja miała potwierdzone pozytywne wyniki "trafień" na listach sankcyjnych? | |
| LP. | System kontroli wewnętrznej (SKW)* | Odpowiedzi |
| 1 | Czy instytucja posiada SKW obejmujący kompleksowo proces AML/CFT? | |
| 2 | Czy instytucja posiada niezależną funkcję audytu wewnętrznego? | |
| 3 | Czy instytucja w ostatnim roku poddawana była audytowi zewnętrznemu obejmującemu proces AML/CFT, w tym kontroli organów nadzoru? Jeśli tak, proszę o wypełnienie lit a-b: | a. nazwa organu nadzoru/podmiotu trzeciego przeprowadzającego audyt, |
| | | b. elementy procesu poddane badaniu, |

| | | |
|------------|--|--|
| 4 | Jeśli instytucja działa za pośrednictwem agentów, czy został wprowadzony dedykowany system kontroli zgodności działania agentów z przepisami prawa dotyczącymi przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, jak również zgodności z wewnętrznymi regulacjami instytucji w przedmiotowym zakresie? | |
| LP. | Sankcje administracyjne | Odpowiedzi |
| 1 | Czy w ciągu ostatnich 5 lat Państwa instytucja była ukarana za niewypełnienie postanowień przepisów AML/CFT lub w związku z nieprzestrzeganiem międzynarodowych sankcji? | |
| 2 | Czy w ciągu ostatnich 5 lat jeden z Państwa beneficjentów rzeczywistych lub akcjonariuszy/członków wyższego kierownictwa lub agent był przedmiotem postępowania w sprawie prania pieniędzy, sankcji, lub macierzysty organ regulacyjny lub egzekwujący prawa nałożył kary, grzywny, wydał w stosunku do nich wyrok skazujący lub wszczął cywilne postępowanie egzekucyjne? | |
| | <i>Data, pieczęć firmowa i podpisy Klientów potwierdzających prawidłowość podanych informacji w kwestionariuszu</i> | <i>Data, pieczęć firmowa i podpis pracownika Banku, przyjmującego Kwestionariusz</i> |