

RELATÓRIO DE TRANSAÇÕES SUSPEITAS

Indivíduo(s) suspeito(s) de ter(em) efectuado transacção(ões) suspeita(s)

Se a transacção suspeita envolver mais de um indivíduo, a entidade participante pode fotocopiar o mapa suplementar A, permitindo-lhe participar de mais de um indivíduo.

(Este espaço destina-se ao uso exclusivo do GIF)

N.º de referência do indivíduo participado: _____

N.º de referência da participação: _____/_____

A01. Indivíduo(s) reportado
Indivíduo(s) relacionado(s) (Relações com o(s) indivíduo(s)/entidade(s) reportado(s) no Formulário Suplementar ... é ...)
(Por favor preencha a letra apropriada na caixa a negro): a. Sócio b. Gestor c. Familiar d. Emprego e. Outra(s)

Número de referência do Formulário Suplementar A:
A -

A02. Nome do indivíduo participado: (Se possível, forneça por favor a informação de acordo com o documento de identificação utilizado e uma fotocópia do mesmo)

Grid for names: Apellidos, Nomes próprios

Nome em chinês:

Aliás (se tiver):

A03. Sexo: (1) Masculino (3) Feminino

A07. Lugar de residência habitual e Outros lugares de residência:

Table with columns: País, Província/Cidade. Rows for (i) Lugar de residência habitual and (ii) Outros lugares de residência.

A04. Data de nascimento: ano / mês / dia

A05. Nacionalidade:

A06. Profissão:

(i) o local onde o indivíduo participado reside.
(ii) no caso deste indivíduo ter residido, no decurso do ano anterior, no estrangeiro, durante um período superior a um mês, deverão ser considerados e indicados esses lugares de residência. (Favor facultar mais informações no anexo, quando necessário.)

A08. Documento de Identificação (Por favor seleccione um ou mais tipos de Documento de Identificação e forneça cópia do(s) mesmo(s) se possível):

Table with columns: Tipo e Número de documento de identificação, Lugar/Província de emissão, Data de emissão (ano / mês / dia) Válido até (ano / mês / dia). Rows for BIR de Macau, BIR de Hong Kong, BIR da RPC, Passaporte, Salvo-conduto, Outros.

A09. Endereço do indivíduo participado

Grid for address: Endereço

(em chinês):

(Mapa suplementar A)

A10. Número de telefone : (____) _____		Número de fax: (____) _____										
Número de telemóvel: (____) _____		E-mail : _____										
A11. Tipo de relacionamento com a entidade participante: (Preencha o espaço com o correspondente código) <input type="checkbox"/>												
(1) Novo cliente (2) Cliente existente (3) Fornecedor (4) Promotor de jogos de fortuna ou azar em casino												
(5) Mediador de seguros (6) Empregador (Favor indicar a posição que ocupa: _____)												
(7) Ex-Cliente (9) Outros: _____												
A12. Ainda mantém o relacionamento com o indivíduo participado? (Preencha o espaço com o correspondente código) <input type="checkbox"/>												
(2) Sim												
(4) Não. Por favor indique a razão. (Preencha o espaço com o correspondente código) <input type="checkbox"/>												
1) Cessaçã o de relacionamento comercial.												
2) Despedimento.												
9) Outra: _____												
A13. Data do termo da relaça o (se aplicável):												
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> (ano / mês / dia)												
As demais informaça oes sã o preenchidas apenas pelas entidades sujeitas à supervisã o da AMCM (Secç oes A13-A15)												
A14. Contas envolvidas												
(A ser preenchido apenas por instituiç oes financeiras. Se necessário, forneça mais informaça o no formulário em anexo)												
	Conta (1)	Conta (2)										
País/Região & Nome do Banco*												
Número da conta												
Tipo da conta												
Data de abertura da conta (ano/mês/dia)												
Balanço da conta (Divisa e Montante à data da participaça o)												
Nome do titular da conta												
	Conta (3)	Conta (4)										
País/Região & Nome do Banco*												
Número da conta												
Tipo da conta												
Data de abertura da conta (ano/mês/dia)												
Balanço da conta (Divisa e Montante à data da participaça o)												
Nome do titular da conta												
A15. Apólices envolvidas (A ser preenchido apenas por <i>Companhias de Seguros/Intermediários de Seguros</i> . Se necessário, forneça mais informaça o no formulário em anexo)												
	Apólice (1)	Apólice (2)	Apólice (3)									
Número da apólice												
Tipo da apólice de seguros												
Data da apólice (ano/mês/dia)												
Divisa e capital seguro												
Nome do segurado												
Nome do tomador do seguro (Se diferente do segurado)												
Nome do beneficiário (se houver)												
A16. Planos de Pensões envolvidos (A ser preenchido apenas por <i>Gestores de Fundos Privados de Pensões</i> . Se necessário, forneça mais informaça o no formulário em anexo)												
	Plano de Pensões(1)	Plano de Pensões(2)	Plano de Pensões(3)									
Número do Plano de Pensões												
Tipo de plano												
Data de validade do plano (ano/mês/dia)												
Contribuiç oes (Divisa e Quantidade)												
Nome do participante no plano												
Nome do beneficiário (se houver)												

*quando as contas relacionadas sejam de bancos remissores/receptores, por favor indique a respectiva localizaça o e identificaça o

