**FSMA\_2019\_16-8 du 17/07/2019**

Notification en cas de cessation de fonction d’un membre d’un organe opérationnel ou d’un responsable d’une fonction clé d’une institution de retraite professionnelle (IRP)

Champ d'application:

Institutions de retraite professionnelle

L’IRP met sans délai la FSMA au courant de la révocation, du licenciement ou de la démission d’un membre d’un organe opérationnel ou d’un responsable d’une fonction clé.

Annexe Guide pratique

La FSMA prie dans ce contexte l’IRP de compléter le présent questionnaire pour toute cessation de fonction d’un membre d’un organe opérationnel ou d’un responsable d’une fonction clé, et de le télécharger dans la rubrique appropriée de l’application eCorporate. Nous vous posons ces questions en vertu de l’article 77 de la loi du 27 octobre 2006 relative au contrôle des institutions de retraite professionnelle (« LIRP »).

Il est important que vos réponses soient sincères. Vous devrez y fournir toutes les informations dont vous pouvez raisonnablement penser qu’elles pourraient être utiles au contrôle de la FSMA. Nous tiendrons compte des circonstances particulières et des explications que vous aurez données.

Si vous n'êtes pas certain que certaines informations soient pertinentes, mieux vaut les mentionner malgré tout. Nous pouvons également vous inviter à un entretien.

***La FSMA veille au respect de votre vie privée.***

**Traitement des données à caractère personnel**

Les données à caractère personnel fournies par le biais du présent questionnaire et de ses annexes seront traitées par la FSMA de la manière décrite dans sa [Politique vie privée](https://www.fsma.be/fr/faq/politique-vie-privee-de-la-fsma).

La FSMA collecte ces données dans l’exercice de son contrôle du respect des exigences en matière d’honorabilité professionnelle et d’expertise adéquate, ainsi que prévu par l’article 77 de la LIRP. Elle pourra également utiliser les données communiquées dans le cadre de la présente candidature lors de l’évaluation de candidatures futures à la même fonction ou à des fonctions auxquelles s’appliqueraient des exigences similaires en matière d’honorabilité professionnelle et d’expertise adéquate, et aux fins de son contrôle du respect permanent de ces exigences dans le cadre de mandats déjà exercés dans des entreprises soumises au contrôle de la FSMA.

Conformément à l’article 75, § 3, de la loi du 2 août 2002 relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers, la FSMA peut aussi faire usage des données collectées à d’autres fins, lorsque le traitement de ces données est requis en vue de l’exercice d’autres missions d’intérêt public qui lui sont dévolues par l’article 45, § 1er, de ladite loi ou par toute autre disposition du droit national ou européen.

Conformément au Règlement général sur la protection des données (règlement (UE) 2016/679, “GDPR”), les personnes concernées disposent d’une série de droits liés à leurs données à caractère personnel. Certains de ces droits sont soumis à des conditions spéciales ou à des exceptions. Pour plus d’informations concernant ces droits et la manière dont ils peuvent être exercés, veuillez consulter la [Politique vie privée](https://www.fsma.be/fr/faq/politique-vie-privee-de-la-fsma) de la FSMA.

**Structure**

1. Vous vous engagez à fournir des réponses complètes et sincères
2. Quelle IRP ?
3. Qui exerce la fonction à laquelle il est mis fin ?
4. Quelle est la fonction à laquelle il est mis fin ?
5. Pourquoi est-il mis fin à la fonction ?
6. Quand est-il mis fin à la fonction ?
7. La personne concernée sera-t-elle remplacée ?
8. Votre signature

# Vous vous engagez à fournir des réponses complètes et sincères

Je m’engage à fournir des réponses complètes et sincères.

# Quelle IRP ?

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’IRP** |  |
| **Numéro d’identification à la FSMA** |  |
| **Numéro d’entreprise de l’IRP** |  |

# Qui exerce la fonction à laquelle il est mis fin ?

Communiquez dans la présente rubrique les données concernant la personne dont il a été mis fin à la fonction.

## La personne exerçait la fonction en tant que personne physique à titre personnel

Remplissez cette rubrique si la personne occupait la fonction de membre d’un organe opérationnel ou de responsable d’une fonction clé à titre personnel en tant que personne physique. Remplissez en revanche les rubriques 3.2.1 et 3.2.2 si elle agissait en tant que représentant permanent d’une personne morale désignée à la fonction.

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Prénom(s) |  |
| Numéro de registre national[[1]](#footnote-1) |  |
| Sexe |  |
| Nationalité |  |
| Domicile |  |
| Résidence (si différente du domicile) |  |
| N° de tél./GSM (professionnel) |  |
| Adresse e-mail (professionnelle) |  |

## Une personne morale exerçait la fonction

### Données relatives à la personne morale

|  |  |
| --- | --- |
| Dénomination sociale |  |
| Forme juridique |  |
| Nationalité |  |
| Numéro d’entreprise[[2]](#footnote-2) |  |
| Adresse du siège social |  |
| Adresse du siège administratif (si différente de celle du siège social) |  |
| Adresse e-mail |  |

### Données relatives au représentant permanent de la personne morale

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Prénom(s) |  |
| Numéro de registre national[[3]](#footnote-3) |  |
| Sexe |  |
| Nationalité |  |
| Domicile |  |
| Résidence (si différente du domicile) |  |
| N° de tél./GSM (professionnel) |  |
| Adresse e-mail (professionnelle) |  |

# Quelle est la fonction à laquelle il est mis fin ?

## La personne concernée occupait la fonction de …

Cochez, le cas échéant, plusieurs fonctions.

|  |
| --- |
| * *Membre du conseil d’administration*   Administrateur exécutif  Administrateur non-exécutif  Administrateur indépendant (non-exécutif)  Administrateur représentant une ou plusieurs entreprise(s) d’affiliation  Administrateur représentant les affiliés ou les pensionnés  Président du conseil d’administration   * *Membre d’un autre organe opérationnel*   Membre du comité de direction  Membre de l’organe chargé de la gestion journalière  Membre du comité de gestion (administrative)  Membre du comité d’investissement  Membre du comité de gestion des risques  Membre du comité d’audit  Membre du comité de rémunération  Membre d’un organe opérationnel autre que ceux précités  nom de cet organe opérationnel : ……........................................................  Président d’un autre organe opérationnel  nom de cet organe opérationnel : ……........................................................ |
| * *Responsable d’une fonction clé*   Responsable de la fonction d’audit interne  Responsable de la fonction de gestion des risques  Responsable de la fonction actuarielle  Responsable de la fonction de compliance |

## La personne concernée continue-t-elle à exercer une autre fonction au sein de l’IRP ?

Oui

Non

Dans l’affirmative, indiquez ci-dessous quelle(s) fonction(s) elle continue à exercer au sein de l’IRP après la cessation de la fonction (cochez, le cas échéant, plusieurs fonctions).

|  |
| --- |
| Membre du conseil d’administration  Membre d’un autre organe opérationnel  nom de cet organe opérationnel : ……........................................................  Membre d’un comité de l’IRP qui n’est pas un organe opérationnel  nom de ce comité : ……........................................................  Responsable d’une fonction clé  quelle fonction clé ? ……........................................................ |

# Pourquoi est-il mis fin à la fonction

Précisez ci-dessous pourquoi il est mis fin à la fonction.

Indiquez, si pertinent pour le contrôle de la FSMA, des explications spécifiques concernant les raisons sous-jacentes et les circonstances réelles de la cessation de fonction (par exemple, départ forcé de l'entreprise sponsor ou de l'IRP pour faute grave, résiliation anticipée du contrat de service pertinent pour rupture de contrat, réorganisation de l'IRP, ...).

## Dans le chef de la personne physique qui exerçait la fonction à titre personnel

Révocation ou licenciement par l’IRP (départ forcé)

Démission de la personne concernée (départ volontaire)

Expiration du mandat ou du délai du contrat de sous-traitance concerné

|  |
| --- |
| **Raisons sous-jacentes et/ou circonstances réelles de la cessation** |
|  |

## Dans le chef de la personne morale qui exerçait la fonction

☐ Révocation ou licenciement par l’IRP (départ forcé)

☐ Démission de la personne concernée (départ volontaire)

☐ Expiration du mandat ou du délai du contrat de sous-traitance concerné

|  |
| --- |
| **Raisons sous-jacentes et/ou circonstances réelles de la cessation** |
|  |

## En cas de cessation de la représentation permanente d’une personne morale qui exerçait une fonction

☐ Révocation ou licenciement par l’IRP (départ forcé)

☐ Démission de la personne concernée (départ volontaire)

☐ Expiration du mandat ou du délai du contrat de sous-traitance concerné

|  |
| --- |
| **Raisons sous-jacentes et/ou circonstances réelles de la cessation** |
|  |

# Quand est-il mis fin à la fonction ?

Indiquez la date de la cessation de fonction.

|  |
| --- |
|  |

# La personne concernée sera-t-elle remplacée ?

## Indiquez si la personne concernée sera immédiatement remplacée.

Oui

Non

## Dans l’affirmative, indiquez la date à laquelle elle sera remplacée.

|  |
| --- |
|  |

***Attention !***

Dans ce cas, vous devez en outre transmettre à la FSMA toutes les informations et documents concernant la nomination de ce remplaçant au moyen du questionnaire à compléter en cas de nouvelle nomination :

* [*Questionnaire concernant la nomination initiale d’un membre d’un organe opérationnel d’une institution de retraite professionnelle (IRP)*](https://www.fsma.be/sites/default/files/public/content/FR/circ/2019/fsma_2019_16-1_fr.docx);
* [*Questionnaire concernant la nomination initiale d’un responsable d’une fonction clé d’une institution de retraite professionnelle* *(IRP)*](https://www.fsma.be/sites/default/files/public/content/FR/circ/2019/fsma_2019_16-2_fr.docx).

## Dans la négative, mentionnez les coordonnées de la personne qui assumera les tâches liées à la fonction, ainsi que les autres fonctions actuellement exercées par cette personne

|  |
| --- |
|  |

# Votre signature

***Vous confirmez à la FSMA que***

les réponses aux questions posées dans le présent questionnaire sont correctes et complètes.

***Nombre d’annexes :*** …………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| **Date** |  |
| **Nom** |  |
| **Qualité** |  |
| **Signature** |  |

1. Les personnes ne possédant pas de numéro de registre national belge mentionneront leur date et leur lieu de naissance. [↑](#footnote-ref-1)
2. Les personnes morales étrangères indiqueront un numéro d’entreprise national équivalent. [↑](#footnote-ref-2)
3. Les personnes qui ne possèdent pas de numéro de registre national belge mentionneront leur date et leur lieu de naissance. [↑](#footnote-ref-3)