|  |
| --- |
| **FORMULAIRE DE DEMANDE D’AUTORISATION D’UN TRANSFERT TRANSFRONTALIER DONNANT LIEU OU NON À UNE ACTIVITÉ TRANSFRONTALIÈRE**  |

|  |
| --- |
| **PARTIE 1** |
| **Informations concernant l’IRP destinataire, l’IRP qui transfère et l’entreprise d’affiliation**  |
| **Informations concernant l’IRP destinataire** |
| 1.1. | Autorité compétente de l’Etat membre d’origine de l’IRP destinataire |  |
|  | Code enregistrement/authorisation (le cas échéant) |  |
| 1.2. | Nom de l’IRP destinataire |  |
| 1.3. | Coordonnées de l’IRP destinataire | Nom |  |
| Adresse postale |  |
| Lieu d’établissement de l’administration centrale (si différent de l’adresse postale) |  |
| Téléphone |  |
| Fax |  |
| Adresse e-mail |  |
| 1.4. | Forme juridique de l’IRP destinataire |  |
| 1.5. | Nombre d’affiliés et de bénéficiaires (dernière information disponible avant le transfert) | Affiliés actifs |  |
| Affiliés dormants |  |
| Bénéficiaires |  |
| A la date du |  |
| **Informations concernant l’IRP qui transfère** |
| 1.6. | Autorité compétente de l’Etat membre d’origine de l’IRP qui transfèreCode enregistrement/authorisation (le cas échéant) |  |
| 1.7. | Nom de l’IRP qui transfère |  |
| 1.8. | Coordonnées de l’IRP qui transfère | Nom |  |
| Adresse postale |  |
| Lieu d’établissement de l’administration centrale (si différent de l’adresse postale) |  |
| Téléphone |  |
| Fax |  |
| Adresse e-mail |  |
| 1.9. | Forme juridique de l’IRP qui transfère |  |
| 1.10. | Nombre d’affiliés et de bénéficiaires du régime de retraite à transférer (dernière information disponible avant le transfert) | Affiliés actifs |  |
| Affiliés dormants |  |
| Bénéficiaires |  |
| A la date du |  |
| **Informations concernant l’entreprise d’affiliation** |
| 1.11. | Nom de l’entreprise d’affiliation du régime de retraite transféré (le cas échéant) |  |
| 1.12. | Coordonnées  | Nom |  |
| Adresse postale |  |
| Lieu d’établissement de l’administration centrale (si différent de l’adresse postale) |  |
| Téléphone |  |
| Fax |  |
| Adresse e-mail |  |
| 1.13. | Forme juridique |  |
| **PARTIE 2** |
| **Accord écrit entre l’IRP qui transfère et l’IRP destinataire** |
| 2.1. L’accord écrit entre l’IRP qui transfère et l’IRP destinataire, précisant les conditions du transfert, est-il joint ?  |
|  |  | Oui |  | Non |
| **PARTIE 3** |
| **Description des principales caractéristiques du régime de retraite à transférer** |
| 3.1. Droit social et droit du travail |
| Veuillez mentionner les noms des Etats membres dont le droit social etle droit du travail pertinents en matière de régimes de retraiteprofessionnelle sont applicables au régime de retraite concerné |  |
|  |  |
| 3.2. Affiliation |
| L’affiliation est-elle obligatoire ou volontaire ? |  |  | obligatoire |  | volontaire |
| 3.3. Description des critères d’affiliation |
|  |
| 3.4. Estimation du nombre d’affiliés et de bénéficiaires[[1]](#footnote-1) |
|  | Affiliés actifs |  |
| Affiliés dormants |  |
| Bénéficiaires |  |
| **Type de régime de retraite** |
|  |
| 3.5. | Régime de type contributions définies |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Choix de l’investissement ? Combien d’options de placement ? Option standard (description de cette option)? |  |
|  |  |  |  |
| 3.6. | Régime de type prestations définies (salaire final/salaire moyen, autre) |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Précisez |  |
|  |  |  |  |
| 3.7. | Régime hybride |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Précisez |  |
|  |  |  |  |
| 3.8. | Autre régime |  |  |
|  |  |
|  | Précisez |  |
| **Règlement de pension** |
| 3.9. Veuillez décrire le type de prestation (versement d’une rente, versement d’un capital, rente de survie, pension d’orphelin, pension d’invalidité, …)  |
|  |
| 3.10. Veuillez décrire les conditions d’acquisition de droits à pension complémentaire(ex : délai d’attente et/ou période d’acquisition) |
|  |
| 3.11. Veuillez décrire les garanties (ex : rendement d’investissement, niveau donné de prestations, …). Qui fournit les garanties ? |
|  |
| 3.12. Veuillez décrire les couvertures supplémentaires (ex : assurance dépendance, risques biométriques supplémentaires, …). Qui fournit les couvertures supplémentaires ? |
|  |
| **Paiement des prestations** |
| 3.13. L’IRP elle-même est responsable du paiement des prestations |  | Oui |  | Non |
| 3.14. Une autre entreprise est responsable du paiement des prestations (ex : l’entreprise d’affiliation, une entreprise d’assurance, …) |  | Oui |  | Non |
| Si oui, nom et coordonnées de l’autre entreprise |
|  |

|  |
| --- |
| **Contributions** |
| Veuillez décrire les types de contributions versées par l’entreprise d’affiliation et par les affiliés (ex : pourcentage du salaire, montant fixe, prime unique, …) |
|  |
| **PARTIE 4** |
| **Description des engagements ou des provisions techniques à transférer, et des autres obligations et droits, ainsi que des actifs correspondants, ou de leurs équivalents en trésorerie** |
| 4.1. Veuillez décrire les engagements ou les provisions techniques à transférer, et les autres obligations et droits, ainsi que les actifs correspondants, ou leurs équivalents en trésorerie |
| Engagements ou provisions techniques à transférer | Actifs correspondants ou équivalents en trésorerie |
|  |  |
| Autres obligations et droits | Actifs correspondants ou équivalents en trésorerie  |
|  |  |
| 4.2. Les actifs et engagements du régime de retraite transféré sont-ils gérés au sein d’un patrimoine distinct ? |
|  |  | Oui |  | Non |
| 4.3. Veuillez décrire les autres règles de financement (ex : destination des excédents) |
|  |

|  |
| --- |
| **PARTIE 5** |
| **Preuve d’un accord préalable** |
| 5.1. La preuve de l’accord préalable d’une majorité des affiliés concernés et d’une majorité des bénéficiaires concernés (ou, s’il y a lieu, d’une majorité de leurs représentants) - la majorité étant définie selon le droit applicable au régime de retraite transféré - est-elle jointe ? |
|  |  | Oui |  | Non |
| 5.2. La preuve que les informations sur les conditions du transfert ont été mises à la disposition des affiliés et des bénéficiaires concernés (ou, s’il y a lieu, de leurs représentants) en temps utile et préalablement à l’introduction de la présente demande d’autorisation, est-elle jointe ? |
|  |  | Oui |  | Non |
| 5.3. La preuve que l’entreprise d’affiliation (le cas échéant) a marqué son accord sur le transfert préalablement à l’introduction de la présente demande d’autorisation, est-elle jointe ? |
|  |  | Oui |  | Non |
| **PARTIE 6** |
| **Transfert donnant lieu à une activité transfrontalière** |
| 6.1. Le transfert envisagé donne-t-il lieu à une activité transfrontalière ? |
|  |  | Oui |  | Non |
| 6.2. Si oui, veuillez indiquer les noms des Etats membres d’accueil concernés (s’il ne s’agit pas de l’Etat membre d’origine de l’IRP qui transfère) |
|  |
| **PARTIE 7** |
| **Informations concernant la personne responsable de la demande d’autorisation** |
| La FSMA traitera les données à caractère personnel que vous lui aurez transmises par le biais du présent formulaire conformément à sa Politique vie privée. |
| **7.1. La personne responsable de la demande d’autorisation est une personne physique**  |
| Nom |  |
| Prénoms |  |
| Fonction |  |
| Adresse postale |  |
| Adresse e-mail |  |
| Téléphone |  |
| Fax |  |
| **3.2. La personne responsable de la demande d’autorisation est une personne morale** |
| Dénomination sociale |  |
| Forme juridique |  |
| Siège social |  |
| Représentant permanent | Nom |  |
| Prénoms |  |
| Fonction |  |
| Adresse postale |  |
| Adresse e-mail |  |
| Téléphone |  |
| Fax |  |
| **7.3. Déclaration de la personne responsable de la demande d’autorisation** |

Je soussigné(e),

certifie l’exactitude des informations fournies dans le présent formulaire et ses annexes.

Fait à , le / /

*(Signature précédée de la mention “lu et approuvé”)*

|  |
| --- |
| **FORMULAIRE DESTINÉ À L’ÉVALUATION PRUDENTIELLE D’UNE ACTIVITÉ TRANSFRONTALIÈRE PROPOSÉE RÉSULTANT D’UN TRANSFERT TRANSFRONTALIER** |
| **Ce formulaire doit de préférence être introduit en même temps que le formulaire de demande d’autorisation d’un transfert transfrontalier donnant lieu ou non à une activité transfrontalière.****Les IRP sont encouragés d’ envoyer en même temps toute information supplémentaire demandée à toutes les Autorités Compétentes concernées.****PARTIE 1****Informations concernant l’IRP destinataire, l’IRP qui transfère et l’entreprise d’affiliation[[2]](#footnote-2)** |
| **Informations concernant l’IRP destinataire** |
| 1.1. | Autorité compétente de l’Etat membre d’origine de l’IRP destinataire |  |
|  | Code d’enregistrement / authorisation (le cas échéant) |  |
| 1.2. | Nom de l’IRP destinataire |  |
| 1.3. | Coordonnées de l’IRP destinataire | Nom |  |
| Adresse postale |  |
| Lieu d’établissement de l’administration centrale (si différent de l’adresse postale) |  |
| Téléphone |  |
| Fax |  |
| Adresse e-mail |  |
| 1.4. | Forme juridique de l’IRP destinataire |  |
| **PARTIE 2**Si les informations à fournir sont identiques à celles qui ont déjà été communiquées lors d’une notification précédente et que ces dernières sont toujours pertinentes, un renvoi aux informations communiquées précédemment peut suffire. |
| Les informations fournies doivent mettre l’accent sur les modifications qui découlent de l’activité proposée. |
| 2.1. | Le cas échéant, veuillez décrire les différences entre l’activité transfrontalière projetée et l’activité actuellement exercée (ex : gestion envisagée d’un plan de pension DC tandis que seuls des plans DB sont actuellement gérés). |  |
|  |
| 2.2. Le cas échéant, veuillez documenter l’activité transfrontalière projetée en ce qui concerne :  |
| 1. la structure administrative de l’IRP
 |  |
| 1. la situation financière de l’IRP (ex : allocation des actifs, calcul des provisions techniques, degré de financement)
 |  |
| 1. l’honorabilité professionnelle et l’expertise des personnes qui dirigent l’IRP
 |  |
|  |
| 2.3. Le cas échéant, veuillez fournir de la documentation supplémentaire étayant les informations données au point 2.2. |
|  |
|  |
| 2.4. Gestionnaire(s) d’actifs |
|  |
| Existe-t-il un gestionnaire d’actifs externe ? |  | Oui |  | Non |
|  |
| Si oui, mentionnez les données d’identification du gestionnaire d’actifs |
| Nom |  |
| Adresse postale |  |
| Téléphone |  |
| Fax |  |
| Adresse e-mail |  |
|  |
| 2.5. Dépositaire d’actifs |
|  |
| Existe-t-il un dépositaire d’actifs ? |  | Oui |  | Non |
|  |
| L’Etat membre d’accueil exige-t-il la désignation d’un dépositaire d’actifs ? |  | Oui |  | Non |
|  |
| Si un dépositaire d’actifs a été désigné, mentionnez ses données d’identification |
| Nom |  |
| Adresse postale |  |
| Téléphone |  |
| Fax |  |
| Adresse e-mail |  |
|  |
| 2.6. Une copie des documents suivants, tels qu’adaptés en vue de l’exercice de l’activité transfrontalière projetée et en conformité avec les exigences légales de l’Etat membre d’acceuil est-elle jointe ? |
| 1. Statuts de l’IRP/ règlement de pension
 |  |  |
| 1. Attestation de l’engagement responsabilité financier de l’entreprise d’affiliation (le cas échéant)
 |  |  |
| 1. Déclaration sur les principes de la politique de placement
 |  |  |
| 1. Convention de gestion conclue entre l’IRP et l’entreprise d’affiliation
 |  |  |
| 1. Plan de financement (y compris les bases de calcul pour les provisions techniques et le contributions)
 |  |  |
| 1. Schéma de contributions/paiements
 |  |  |
| 1. Estimations et projections des coûts, des rendements, de l’évolution des provisions techniques et des actifs
 |  |  |
| 1. Evaluation interne des risques
 |  |  |
| 1. Autres documents
 |  |  |
|  |
| Si la copie d’un de ces documents n’est pas jointe, veuillez en donner la raison. |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **PARTIE 3****Informations concernant la personne responsable de la demande d’autorisation**  |
| La FSMA traitera les données à caractère personnel que vous lui aurez transmises par le biais du présent formulaire conformément à sa Politique vie privée. |
| **3.1. La personne responsable de la demande d’autorisation est une personne physique** |
| Nom |  |
| Prénoms |  |
| Fonction |  |
| Adresse postale |  |
| Adresse e-mail |  |
| Téléphone |  |
| Fax |  |
| **3.2. La personne responsable de la demande d’autorisation est une personne morale** |
| Dénomination sociale |  |
| Forme juridique |  |
| Siège social |  |
| Représentant permanent | Nom |  |
| Prénoms |  |
| Fonction |  |
| Adresse postale |  |
| Adresse e-mail |  |
| Téléphone |  |
| Fax |  |
| **3.3. Déclaration de la personne responsable de la demande d’autorisation** |

Je soussigné(e),

certifie l’exactitude des informations fournies dans le présent formulaire et ses annexes.

Fait à , le / /

*(Signature précédée de la mention “lu et approuvé”)*

1. Il s’agit de tous les bénéficiaires au sens large, tels que les rentiers et les personnes bénéficiant d’une pension de veuve ou d’orphelin, d’une indemnité d’incapacité de travail, d’une couverture décès, d’une prestation d’invalidité ou d’une prestation d’assistance. [↑](#footnote-ref-1)
2. La Partie 1 ne doit être complétée que si ce formulaire n’est pas introduit en même temps que le formulaire de demande d’autorisation d’un transfert transfrontalier donnant lieu ou non à une activité transfrontalière. [↑](#footnote-ref-2)