Annexe Circulaire

**LPCI - 1 du 5/12/2016**

**FORMULAIRE LPCI - 1
relatif à la demande d’avis motivé quant au caractère social d’une convention-type de pension**

Champ d'application :

Organismes de pension soumis à la LPCI

**DEMANDE D’AVIS MOTIVE**

En application de la Circulaire LPCI – 1 relative à la procédure de demande d’avis motivé quant au caractère social d’une convention-type de pension

Le(s) soussigné(s)

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |       |
| Prénom |       |
| Fonction |       |
|  |
| Nom |       |
| Prénom |       |
| Fonction |       |

agissant pour compte de

|  |
| --- |
| **Identification de l’organisme de pension** |
| Nom |       |
| Adresse |       |
| Numéro d’agrément |       |
| Forme juridique |       |

sollicite(nt) un avis motivé quant à la convention-type de pension identifiée ci-dessous :

|  |  |
| --- | --- |
| Identification[[1]](#footnote-1) |       |
| Type de personnes concernées[[2]](#footnote-2) |       |
| Identifiant de l’avis motivé[[3]](#footnote-3) |       |
|  |
| **Identification de l’organisateur du régime de solidarité[[4]](#footnote-4)** |
| Nom |       |
| Adresse |       |
| Numéro d’agrément[[5]](#footnote-5) |       |
| Forme juridique |       |

désigne(nt) la personne de contact susceptible de répondre aux éventuelles demandes complémentaires :

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |       |
| Prénom |       |
| Adresse |       |
| Numéro de téléphone |       |
| Numéro de télécopie |       |
| E-mail |       |

annexe(nt) les documents et renseignements requis par la circulaire LPCI – 1 relative à la procédure de demande d’avis motivé quant au caractère social d’une convention-type de pension.

Fait à      , le   /  /

Signature(s).

La FSMA traitera les données à caractère personnel que vous lui aurez transmises par le biais du présent formulaire conformément à sa [politique de protection de la vie privée](https://www.fsma.be/fr/faq/politique-vie-privee-de-la-fsma).

1. Identification de la convention-type de pension par l’organisme de pension (ex : code, nom spécifique, …). [↑](#footnote-ref-1)
2. Tout indépendant ou profession spécifique (ex : médecin, boulanger, avocat, dentiste,…) [↑](#footnote-ref-2)
3. A ne remplir qu’en cas de demande d’avis motivé suite à une modification d’une convention-type de pension. [↑](#footnote-ref-3)
4. A remplir si distinct de l’organisme de pension. [↑](#footnote-ref-4)
5. Au cas où il s'agit d'un organisme agréé. [↑](#footnote-ref-5)