OFFICE DE CONTROLE
DES MUTUALITES

**REGISTRE DE l’OCM DES INTERMEDIAIRES D’ASSURANCES DES SOCIETES MUTUALISTES**

Demande d’inscription d’un intermédiaire personne morale

**ANNEXE 1 :**

**Questionnaire relatif aux dirigeants effectifs du candidat intermédiaire personne morale**

1. **Identité de l’intermédiaire**

|  |
| --- |
| **Identité de l’intermédiaire** |
| Nom |  | Numéro d’entreprise |  |

1. **Identité du dirigeant effectif**

Nom

Prénom

Date et lieu de naissance

Nationalité

Sexe

Numéro du Registre National

Domicile

Résidence (si différent du domicile)

N° de tél./GSM

Adresse e-mail

1. **Informations relatives à l’expérience du dirigeant effectif**

|  |
| --- |
| **3.1. Etudes, en commençant par les dernières** |
| Nom de l’établissement | Date de début | Date de fin | Diplôme obtenu |
| Mois | Année | Mois | Année |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **3.2. Expérience professionnelle au sein d’entreprises du secteur financier au cours des huit dernières années** |
| Nom et domaine d’activité de l’entreprise | Description de la fonction exercée | Date de début | Date de fin |
| Mois | Année | Mois | Année |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **3.3.  Autres expériences professionnelles au cours des huit dernières années** |
| Nom et domaine d’activité de l’entreprise | Description de la fonction exercée | Date de début | Date de fin |
| Mois | Année | Mois | Année |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Informations relatives à l’honorabilité du dirigeant effectif**
	1. Avez-vous été condamné ou une enquête a-t-elle, à votre connaissance, été ouverte à votre encontre pour une des infractions visées à l’article 19 de la loi du 22 mars 1993 relative au statut et au contrôle des institutions de crédit ou à l’article 90, § 2, de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d’assurances ou pour une infraction similaire à l’étranger ?

|  |  |
| --- | --- |
| Non | [ ]  |
| Oui | [ ]  |

Dans l’affirmative veuillez apporter ci-dessous les précisions nécessaires.

|  |
| --- |
|  |

* 1. Une société dont vous êtes ou étiez dirigeant effectif, ou dans laquelle vous détenez ou déteniez des intérêts significatifs a-t-elle fait l’objet d’une condamnation pénale, d’une sanction administrative ou disciplinaire ou d’une mesure administrative équivalente ou d’une mesure de suspension ou d’exclusion d’une organisation professionnelle ? A votre connaissance, une telle procédure est-elle en cours à l’encontre d’une société dont vous êtes dirigeant effectif ou dans laquelle vous détenez des intérêts significatifs ?

|  |  |
| --- | --- |
| Non | [ ]  |
| Oui | [ ]  |

Dans l’affirmative veuillez apporter ci-dessous les précisions nécessaires. Veuillez également identifier précisément la société concernée et indiquer son numéro de TVA ou, à défaut, son numéro national.

|  |
| --- |
|  |

* 1. Une société dont vous étiez dirigeant effectif, ou dans laquelle vous déteniez des intérêts significatifs, a-t-elle été déclarée en faillite ? A votre connaissance, une telle procédure est-elle en cours à l’égard d’une société dont vous êtes dirigeant effectif ou dans laquelle vous détenez des intérêts significatifs ?

|  |  |
| --- | --- |
| Non | [ ]  |
| Oui | [ ]  |

Dans l’affirmative veuillez apporter ci-dessous les précisions nécessaires. Veuillez également identifier précisément la société concernée et indiquer son numéro de TVA ou, à défaut, son numéro national.

|  |
| --- |
|  |

1. **Autres informations relatives au dirigeant effectif**

**Veuillez répondre aux questions suivantes en cochant les cases OUI ou NON. Vos réponses doivent porter sur des éléments vous concernant aussi bien en Belgique qu’à l’étranger. En cas de réponse affirmative, vous êtes invité à fournir toutes les précisions utiles dans une annexe distincte.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Parallèlement aux fonctions faisant l’objet du présent formulaire, est-il prévu que vous continuiez ou commenciez à exercer d’autres fonctions impliquant une participation à l’administration ou à la gestion d’une entreprise ? | **OUI**[ ]  | **NON**[ ]  |
| b. | Parallèlement aux fonctions faisant l’objet du présent formulaire, est-il prévu que vous continuiez ou commenciez à exercer d’autres activités professionnelles, en quelque qualité que ce soit (employé, indépendant,…) ? | **OUI**[ ]  | **NON**[ ]  |

1. **Annexes et pages intercalaires**

Veuillez identifier les annexes éventuelles que vous joignez au présent formulaire, indiquer le nombre de pages que comporte chacune d’entre elles, ainsi que le numéro des questions ci-dessus auxquelles elles se rapportent.

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| Les données à caractère personnel transmises à l’OCM, avenue de l'Astronomie 1, à 1210 Bruxelles, seront traitées par lui conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.Ces données seront traitées par l’OCM en vue de contrôler le respect de la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et en réassurances et à la distribution d'assurances, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, ainsi que de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I).Certaines données seront reprises dans le registre public tenu par l'OCM, diffusé via son site internet et également accessible via le site web de la CBFA.Les données traitées pourront éventuellement être transmises à des tiers dans les conditions prévues à l’article 59 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.Conformément aux articles 10 et 12 de la loi du 8 décembre 1992 susmentionnée, vous disposez, sous certaines conditions, d'un droit d'accès et de rectification de vos données à caractère personnel. |

**Déclaration du dirigeant effectif**

Je soussigné ………………………………………………….. (nom et prénom(s) du dirigeant effectif) certifie l’exactitude des réponses aux questions posées ci-dessus et m’engage à tenir l’Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités immédiatement informée de toute modification éventuelle relative à l'une ou plusieurs des réponses à ces questions.

Date et signature du dirigeant effectif