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 2 :**

**Questionnaire relatif aux actionnaires et associés de contrôle du candidat intermédiaire personne morale**

1. **Identité de l’intermédiaire**

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

1. **Identité de l’actionnaire ou de l’associé de contrôle**
2. Personnes physiques

**Veuillez remplir 1 fiche par actionnaire ou associé de contrôle.**

A.1. Identité de la personne physique

Nom

Prénom

Sexe

Date et lieu de naissance

Nationalité

Numéro du Registre National

Domicile

Résidence (si différent du domicile)

N° de tél./GSM

N° de fax

Adresse e-mail

A.2. Activité professionnelle de la personne physique

Entreprise : …………………………………………………………………………………

Fonction : …………………………………………………………………………………..

A.3. Fraction du capital et quantité de droits de vote détenus :

…………………………………………………………………………………….

A.4. Etes-vous actionnaire de contrôle dans d’autres entreprises, le cas échéant lesquelles (nom et adresse)?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

A.5. Retrait ou refus d’un agrément

Veuillez indiquer si une des entreprises visée au point A.4. fait partie ou a déjà fait à votre connaissance, l’objet d’un refus ou d’un retrait d’agrément et en détailler les raisons.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

A.6. Sanctions pénales / administratives

Avez-vous déjà fait l’objet en Belgique ou à l’étranger de sanctions pénales sou administratives pour vos activités professionnelles. Dans l’affirmative, veuillez donner les précisions nécessaires.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Date Signature**

1. Personnes morales

**Veuillez remplir 1 fiche par actionnaire ou associé de contrôle.**

B.1. Identité de la personne morale

Forme juridique et dénomination sociale:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse sociale :

N° de téléphone :

N° de fax :

N° d’entreprise :

Objet social :

B.2. Fraction du capital et quantité de droits de vote détenus :

…………………………………………………………………………………………………………

B.3. L’entreprise exerce-t-elle comme actionnaire le contrôle sur d’autres entreprises, le cas échéant lesquelles (nom et adresse) ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

B.4. Refus ou retrait d’un agrément

Veuillez indiquer si, à votre connaissance, la personne morale actionnaire de contrôle ou une des sociétés mentionnées au point B.3, fait ou a déjà fait, à votre connaissance, l’objet d’un refus ou d’un retrait d’agrément et en détailler les raisons.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

B.5. Sanctions pénales / administratives

La personne morale a-t-elle fait l’objet en Belgique ou à l’étranger de sanctions pénales ou administratives en matière d’activités professionnelles ? Dans l’affirmative, veuillez donner les précisions nécessaires.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

B.6. Représentation au conseil d’administration de l’intermédiaire

La personne morale est-elle représentée au conseil d’administration de l’intermédiaire?

Oui – Non.

B.6.1. Identité du représentant de la personne morale au conseil d’administration de l’intermédiaire

Nom: ...................................................................................................................................................

Prénom(s):...........................................................................................................................................

Lieu et date de naissance: ...................................................................................................................

Nationalité :.........................................................................................................................................

Adresse: ..................................................................................................................................

B.6.2. Sanctions pénales / administratives

Le représentant a-t-il fait l’objet en Belgique ou à l’étranger de sanctions pénales ou administratives pour ses activités professionnelles ? Dans l’affirmative, veuillez-donner les précisions nécessaires.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| 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. |

Nom et qualité du signataire de ce formulaire

............................................................................................................................................................

**Date Signature**