OFFICE DE CONTROLE
DES MUTUALITES

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

**DEMANDE D’INSCRIPTION INDIVIDUELLE D'UNE PERSONNE MORALE[[1]](#footnote-1)**

1. **IDENTITE DU DEMANDEUR**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l'entreprise |  |
| Forme juridique |  |  |
| Numéro d'entreprise |  |
| Dénomination commerciale[[2]](#footnote-2) |  |
| Adresse siège social[[3]](#footnote-3) | Rue |  | N° |  | Bte |  |
|  | Code postal |  | Commune |  |
|  | Pays |  |  |  |
| Numéro de téléphone |  | Numéro de fax |  |
| Numéro de GSM |  |  |  |
| E-mail |  | Website |  |

1. **CATEGORIE D’INTERMEDIAIRE D’ASSURANCES POUR LAQUELLE L’INSCRIPTION EST DEMANDEE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Catégorie | **Courtier d'assurances**[[4]](#footnote-4) | [ ]  |
|   | **Agent d'assurances**[[5]](#footnote-5) | [ ]  |
|  | **Sous-agent d'assurances**[[6]](#footnote-6) | [ ]  |
|  | Numéro d'inscription, au registre des intermédiaires de l'OCM, de l'intermédiaire sous la responsabilité duquel vous serez sous-agent[[7]](#footnote-7) |  |
|  |  |  |
|  | N° OCM :  |  |

1. **EVENTUELLE INSCRIPTION ANTERIEURE DANS LE REGISTRE DE L’OCM DES INTERMEDIAIRES D’ASSURANCES DE L’OCM**

Votre inscription dans le registre des intermédiaires d'assurances de l'OCM a-t-elle déjà été retirée ou radiée ? Oui[ ]  Non[ ]

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

1. **EVENTUELLE INSCRIPTION DANS LE REGISTRE DE LA CBFA DES INTERMEDIAIRES D’ASSURANCES**

|  |
| --- |
| Etes-vous actuellement inscrit au registre des intermédiaires d'assurances de la CBFA ? |
| **Oui** |  [ ]  | N° CBFA :  |
| Avez-vous introduit une demande de retrait d'inscription du registre des intermédiaires d’assurances de la CBFA ?  | Oui | [ ]  |
|  | Non | [ ]  |
| Il est à ce propos rappelé qu’un intermédiaire d'assurances d’une société mutualiste ne peut pas, en application de l'article 43*ter* de la loi du 6 août 1990 et de l'article 68, alinéa 2, de la loi du 26 avril 2010, exercer des activités d'intermédiation en assurances qui concernent d'autres assurances que celles organisées par une société mutualiste qui a obtenu l'agrément de l'OCM à cet effet. Par conséquent, il n’est pas possible d’être simultanément inscrit dans le registre de l’OCM et dans celui de la CBFA. |
| **Non** [ ]  |  |
| Votre inscription dans le registre des intermédiaires d'assurances de la CBFA a-t-elle déjà été retirée ou radiée ?  | Oui | [ ]  |
|  | Non | [ ]  |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………… |

1. **EVENTUELLE EXPERIENCE D'INTERMEDIATION EN ASSURANCES DANS UN AUTRE ETAT QUE LA BELGIQUE**

Si vous exercez aujourd’hui des activités en tant qu’intermédiaire d'assurances dans plusieurs autres Etats que la Belgique, mentionnez, pour chaque Etat concerné, toutes les informations requises dans une annexe à adresser à l'OCM.

|  |
| --- |
| Exercez-vous actuellement des activités en tant qu’intermédiaire d'assurances dans un autre Etat que la Belgique ? |
| **Oui** |  [ ]  |  |
|  | Etat dans lequel vous exercez ces activités : |  |  |
|  | Organisme de contrôle des intermédiaires d'assurances de cet Etat : |  |  |
|  | Votre numéro d'identification auprès de cet organisme :  |  |  |
|  | Avez-vous introduit une demande de retrait d'inscription du registre des intermédiaires d’assurances de cet Etat ? | Oui | [ ]  |
| Non | [ ]  |
| Il est à ce propos rappelé qu’un intermédiaire d'assurances d’une société mutualiste ne peut pas, en application de l'article 43*ter* de la loi du 6 août 1990 et de l'article 68, alinéa 2, de la loi du 26 avril 2010, exercer des activités d'intermédiation en assurances qui concernent d'autres assurances que celles organisées par une société mutualiste qui a obtenu l'agrément de l'OCM à cet effet. Par conséquent, il n’est pas possible d’être simultanément inscrit dans le registre de l’OCM et d’exercer des activités d’intermédiation en assurances dans un autre Etat. |
| **Non** [ ]  |  |
| Votre inscription dans le registre des intermédiaires d'assurances de cet autre Etat a-t-elle déjà été retirée ou radiée ?  | Oui | [ ]  |
| Non | [ ]  |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………… |

1. **NOMBRE DE TRAVAILLEURS ET DE PERSONNES OPERANT EN MATIERE D'INTERMEDIATION EN ASSURANCES**

|  |
| --- |
| Combien de travailleurs occupez-vous ? |
| Nombre :  |
| Combien de personnes qui opèrent en matière d’intermédiation en assurances occupez-vous ? |
| Nombre :  |
| Toute personne morale qui occupe des travailleurs doit, conformément aux articles 3 et 4 de la loi du 27 mars 1995, désigner une ou plusieurs personnes physiques comme responsables de la distribution. Le nombre de responsables de la distribution est adapté à l'organisation et aux activités de la personne morale en question. Le Roi fixe ce nombre sur proposition conjointe du Ministre ayant les Assurances dans ses attributions et du Ministre des Affaires sociales. |

1. **SIEGE**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adresse  | Rue |  | N° |  | Bte |  |
|  | Code postal |  | Commune |  |
|  | Pays |  |  |
| Numéro de téléphone |  | Numéro de fax |  |
| Numéro de GSM |  | E-mail |  |

1. **AUTRES SIEGES D'ACTIVITES QUE LE SIEGE CENTRAL (SUCCURSALES)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |

Si ce nombre est supérieur à trois, mentionnez toutes les informations requises dans une annexe à adresser à l'OCM.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Succursale 1** |  |  |  |  |  |  |
| Adresse  | Rue |  | N° |  | Bte |  |
|  | Code postal |  | Commune |  |
|  | Pays |  |  |  |
| Numéro de téléphone |  | Numéro de fax |  |
| Numéro de GSM |  | E-mail |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Succursale 2** |  |  |  |  |  |  |
| Adresse  | Rue |  | N° |  | Bte |  |
|  | Code postal |  | Commune |  |
|  | Pays |  |  |  |
| Numéro de téléphone |  | Numéro de fax |  |
| Numéro de GSM |  | E-mail |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Succursale 3** |  |  |  |  |  |  |
| Adresse  | Rue |  | N° |  | Bte |  |
|  | Code postal |  | Commune |  |
|  | Pays |  |  |  |
| Numéro de téléphone |  | Numéro de fax |  |
| Numéro de GSM |  | E-mail |  |

1. **RESPONSABLE(S) DE LA DISTRIBUTION (RD)[[8]](#footnote-8)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |

Si ce nombre est supérieur à trois, mentionnez toutes les informations requises dans une annexe à adresser à l'OCM.

|  |
| --- |
| **Responsable de la distribution 1** |
| Nom |  | Prénom |  |
| Lieu de naissance |  | Date de naissance |  |
| Nationalité  |  | Homme | [ ]  | Femme | [ ]  |
| Numéro du Registre National |  |
| Adresse privée | Rue |  | N° |  | Bte |  |
|  | Code postal |  | Commune |  |
|  | Pays |  |  |  |
| Numéro de téléphone |  | Numéro de GSM |  |
| E-mail |  |  |  |
| Déjà enregistré comme RD ? | Oui | [ ]  | Non | [ ]  | Numéro OCM de l'intermédiaire |  |
| Adresse où l'activité est exercée |  |  |
| Siège social | [ ]  | Succursale 1 | [ ]  | Succursale 3 | [ ]  |
| Siège central | [ ]  | Succursale 2 | [ ]  | ……….. | [ ]  |

|  |
| --- |
| **Responsable de la distribution 2** |
| Nom |  | Prénom |  |
| Lieu de naissance |  | Date de naissance |  |
| Nationalité  |  | Homme | [ ]  | Femme | [ ]  |
| Numéro du Registre National |  |
| Adresse privée | Rue |  | N° |  | Bte |  |
|  | Code postal |  | Commune |  |
|  | Pays |  |  |  |
| Numéro de téléphone |  | Numéro de GSM |  |
| E-mail |  |  |  |
| Déjà enregistré comme RD ? | Oui | [ ]  | Non | [ ]  | Numéro OCM de l'intermédiaire |  |
| Adresse où l'activité est exercée |  |  |
| Siège social | [ ]  | Succursale 1 | [ ]  | Succursale 3 | [ ]  |
| Siège central | [ ]  | Succursale 2 | [ ]  | ……….. | [ ]  |

|  |
| --- |
| **Responsable de la distribution 3** |
| Nom |  | Prénom |  |
| Lieu de naissance |  | Date de naissance |  |
| Nationalité  |  | Homme | [ ]  | Femme | [ ]  |
| Numéro du Registre National |  |
| Adresse privée | Rue |  | N° |  | Bte |  |
|  | Code postal |  | Commune |  |
|  | Pays |  |  |  |
| Numéro de téléphone |  | Numéro de GSM |  |
| E-mail |  |  |  |
| Déjà enregistré comme RD ? | Oui | [ ]  | Non | [ ]  | Numéro OCM de l'intermédiaire |  |
| Adresse où l'activité est exercée |  |  |
| Siège social | [ ]  | Succursale 1 | [ ]  | Succursale 3 | [ ]  |
| Siège central | [ ]  | Succursale 2 | [ ]  | ……….. | [ ]  |

1. **DIRECTION EFFECTIVE[[9]](#footnote-9)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |

Si ce nombre est supérieur à trois, mentionnez toutes les informations requises dans une annexe à adresser à l'OCM.

|  |
| --- |
| **Dirigeant effectif 1** |
| Nom |  | Prénom |  |
| Lieu de naissance |  | Date de naissance |  |
| Nationalité  |  | Homme | [ ]  | Femme | [ ]  |
| Numéro du Registre National |  |
| Adresse privée | Rue |  | N° |  | Bte |  |
|  | Code postal |  | Commune |  |
|  | Pays |  |  |  |
| Numéro de téléphone |  | Numéro de GSM |  |
| E-mail |  |

|  |
| --- |
| **Dirigeant effectif 2** |
| Nom |  | Prénom |  |
| Lieu de naissance |  | Date de naissance |  |
| Nationalité  |  | Homme | [ ]  | Femme | [ ]  |
| Numéro du Registre National |  |
| Adresse privée | Rue |  | N° |  | Bte |  |
|  | Code postal |  | Commune |  |
|  | Pays |  |  |  |
| Numéro de téléphone |  | Numéro de GSM |  |
| E-mail |  |

|  |
| --- |
| **Dirigeant effectif 3** |
| Nom |  | Prénom |  |
| Lieu de naissance |  | Date de naissance |  |
| Nationalité  |  | Homme | [ ]  | Femme | [ ]  |
| Numéro du Registre National |  |
| Adresse privée | Rue |  | N° |  | Bte |  |
|  | Code postal |  | Commune |  |
|  | Pays |  |  |  |
| Numéro de téléphone |  | Numéro de GSM |  |
| E-mail |  |

1. **ACTIONNARIAT[[10]](#footnote-10)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |

Si ce nombre est supérieur à trois, mentionnez toutes les informations requises dans une annexe à adresser à l'OCM.

|  |
| --- |
| **Actionnaire 1**  |
| **Personne physique** | [ ]  | **Personne morale** | [ ]  |
| Nom  |  | Nom de l'entreprise |  |
| Prénom |  | Forme juridique |  |
| Lieu de naissance |  |  |  |
| Date de naissance |  |  |  |
| N° registre national |  | N° d'entreprise |  |
| Homme [ ]  | Femme [ ]  |  |  |
| Nationalité |  |  |  |
| Adresse (privée/siège social) | Rue  |  | N° |  | Bte |  |
|  | Code Postal |  | Commune |  |
|  | Pays |  |  |  |
| Téléphone |  | GSM |  |
| E-mail |  |  |  |
| Fraction du capital | … % | Quotité de droits de vote détenus | … % |  |

|  |
| --- |
| **Actionnaire 2** |
| **Personne physique** | [ ]  | **Personne morale** | [ ]  |
| Nom  |  | Nom de l'entreprise |  |
| Prénom |  | Forme juridique |  |
| Lieu de naissance |  |  |  |
| Date de naissance |  |  |  |
| N° registre national |  | N° d'entreprise |  |
| Homme [ ]  | Femme [ ]  |  |  |
| Nationalité |  |  |  |
| Adresse (privée/siège social) | Rue  |  | N° |  | Bte |  |
|  | Code Postal |  | Commune |  |
|  | Pays |  |  |  |
| Téléphone |  | GSM |  |
| E-mail |  |  |  |
| Fraction du capital | … % | Quotité de droits de vote détenus | … % |  |

|  |
| --- |
| **Actionnaire 3**  |
| **Personne physique** | [ ]  | **Personne morale** | [ ]  |
| Nom  |  | Nom de l'entreprise |  |
| Prénom |  | Forme juridique |  |
| Lieu de naissance |  |  |  |
| Date de naissance |  |  |  |
| N° registre national |  | N° d'entreprise |  |
| Homme [ ]  | Femme [ ]  |  |  |
| Nationalité |  |  |  |
| Adresse (privée/siège social) | Rue  |  | N° |  | Bte |  |
|  | Code Postal |  | Commune |  |
|  | Pays |  |  |  |
| Téléphone |  | GSM |  |
| E-mail |  |  |  |
| Fraction du capital | … % | Quotité de droits de vote détenus | … % |  |

1. **PERSONNES EN CONTACT AVEC LE PUBLIC**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |

Il convient de ne prendre en considération que les personnes en contact avec le public autres que les responsables de la distribution.

1. **ASSURANCE DE RESPONSABILITE PROFESSIONNELLE COUVRANT TOUT LE TERRITOIRE DE L’ESPACE ECONOMIQUE EUROPEEN**

|  |
| --- |
| Entreprise d'assurances auprès de laquelle elle a été conclue : |
| ………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Montant de la garantie : | * par sinistre
 | ……………………………………. |
| * par année d'assurance
 | ……………………………………. |
| Extensions de garantie non-souscrites | …………………………………………………………………………… |
| Montant de la franchise (si le contrat en prévoit une) : |
| ………………………………………………………….. |
| En cas de dispense de la conclusion d'une telle assurance, l'entreprise ou l'intermédiaire qui assure cette responsabilité est : |
| ……………………………………………………………………………………………………………………… |

1. **ADHESION AU REGLEMENT EXTRAJUDICIAIRE DES PLAINTES**

|  |  |
| --- | --- |
| Date de l'adhésion au système extrajudiciaire de traitement des plaintes : |  |
| Adhésion individuelle | [ ]  |  |
| Adhésion via une fédération professionnelle | [ ]  | Nom |  |

1. **DOCUMENTS A JOINDRE A LA DEMANDE D’INSCRIPTION A ADRESSER A L’OCM PAR LETTRE RECOMMANDEE**
	1. EN CE QUI CONCERNE L’INTERMEDIAIRE LUI-MEME

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **Copie des statuts en vigueur au moment de la demande d’inscription. Si la personne morale est une mutualité, cette copie ne doit pas être envoyée pour des raisons de simplification administrative. En effet, l’OCM est déjà en possession des statuts en vigueur de ces entités.** |
| **2** | **Preuve de la publication des statuts en vigueur au *Moniteur Belge* ou preuve que vous avez fait le nécessaire en vue de la publication au Moniteur Belge. Si la personne morale est une mutualité, cette copie ne doit pas être envoyée pour des raisons de simplification administrative. En effet, l’OCM est déjà en possession des statuts en vigueur de ces entités.** |
| **3** | **Attestation de l'assurance de la responsabilité professionnelle souscrite par l'intermédiaire ou attestation de la société mutualiste dont il est intermédiaire d'assurances par laquelle ladite société mutualiste confirme qu'elle assume la responsabilité professionnelle de l'intermédiaire d'assurances.** |
| **4** | **Pour les intermédiaires qui souhaitent être inscrits dans la catégorie "courtiers d'assurances" : la déclaration sur l'honneur d'absence de tout contrat d'agence exclusive ou d'engagement juridique de placer la totalité ou une partie de sa production auprès d'une entreprise d'assurances, conformément à l'article 5bis de la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et en réassurances et à la distribution d'assurances. Il convient d’utiliser à cet effet le formulaire ad hoc figurant sur le site internet de l’OCM.**  |
| **5** | **Pour les personnes morales qui souhaitent être inscrites dans la catégorie "courtiers d'assurances" : le formulaire structure du groupe (annexe 3 au formulaire).** |
| **6** | **Pour les intermédiaires qui souhaitent être inscrits dans la catégorie "agent d'assurances" : une liste des sociétés mutualistes offrant des produits d’assurances au nom et pour le compte desquelles ils vont exercer des activités d'intermédiation en assurances.** |
| **7** | **Pour les intermédiaires qui souhaitent être inscrits dans la catégorie "sous-agent d'assurances" : une déclaration de l'intermédiaire sous la responsabilité duquel le sous-agent exercera des activités d’intermédiation en assurances.** |
| **8** | **Preuve de l'adhésion au système extrajudiciaire de traitement des plaintes. Il convient d’utiliser à cet effet le formulaire de déclaration d’adhésion figurant sur le site internet de l’OCM.**  |
| **9** | **Si la demande est introduite par une ou plusieurs personnes ayant reçu un mandat spécifique à cet effet, la preuve de ce mandat spécifique pour chacune des personnes qui signent la présente demande.** |

* 1. EN CE QUI CONCERNE LES PERSONNES AUXQUELLES LA DIRECTION EFFECTIVE EST CONFIEE

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **Copie du diplôme en gestion d'entreprise.** |
| **2** | **Extrait du casier judiciaire datant de moins de trois mois.** |
| **3** | **Copie de la publication au Moniteur Belge de ses pouvoirs.** |
| **4** | **Pour chaque dirigeant effectif, le "questionnaire" repris à l'annexe 1 du formulaire.** |

* 1. EN CE QUI CONCERNE LES ACTIONNAIRES DE CONTRÔLE[[11]](#footnote-11)

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **Pour chaque actionnaire de contrôle, le "questionnaire" repris à l'annexe 2 du formulaire.** |

* 1. EN CE QUI CONCERNE LE(S) RESPONSABLE(S) DE LA DISTRIBUTION DE L’ENTREPRISE DE L’INTERMEDIAIRE

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **Extrait du casier judiciaire datant de moins de trois mois.** |
| **2** | **Diplôme(s) :** |
|  | Copie du diplôme donnant accès à l'enseignement supérieur. |
| Copie de(s) diplôme(s) de l'enseignement supérieur. |
| Attestation de réussite d'un examen agréé par l'OCM et destiné à vérifier la possession des connaissances professionnelles requises en assurances[[12]](#footnote-12).  |
| **3** | **Attestation d'expérience professionnelle** **en assurance (uniquement pour les courtiers et les agents).** |

1. **DOCUMENTS QUI NE DOIVENT PAS ETRE JOINTS A LA DEMANDE D’INSCRIPTION MAIS QUI DOIVENT ETRE TENUS A LA DISPOSITION DE L’OCM**

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **Liste nominative des personnes en contact avec le public pour le siège central et par succursale** |
| **2** | **Diplôme(s) de ces personnes:** |
|  | Copie du diplôme de l'enseignement supérieur. |
|  | Attestation de réussite d'un examen, agréé par l'OCM, démontrant qu'elles possèdent la connaissance de base en assurances, telle que visée à l'article 11, § 2, 1°, de la loi du 27 mars 1995[[13]](#footnote-13). |

1. **PAIEMENT D'UN DROIT D'INSCRIPTION INDIVIDUEL**

Conformément à l'article 10, alinéa 1er, 7°, de la loi du 27 mars 1995, pour pouvoir être inscrit au registre des intermédiaires d'assurances de l'OCM et pour pouvoir conserver cette inscription, l'intermédiaire doit payer un droit d'inscription annuel.

1. **REMARQUES RELATIVES AUX DONNEES A CARACTERE PERSONNEL TRANSMISES A L’OCM**

|  |
| --- |
| 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, de la loi du 6 août 1990, ainsi que de la loi du 26 avril 2010.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. |

avenue de l'Astronomie 1, 1210 Bruxelles – Tél. : 02/209.19.11 – Fax : 02/209.19.60

Internet : http://www.ocm-cdz.be – Courriel : info@ocm-cdz.be

1. **DISPOSITIONS FINALES ET SIGNATURE(S)**

Je certifie que toutes les données communiquées dans la présente demande sont exactes.

Je m'engage à communiquer immédiatement à l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités toute modification aux renseignements précités ou aux données reprises dans le dossier d'immatriculation.

Fait à …………………………………..…….., le ………………………

Signature(s)

Nom(s), prénom(s) et qualité du (des) signataire(s) de la demande.

1. Pour l'application du présent formulaire, il faut entendre par :

1° "la loi du 27 mars 1995" : la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et en réassurances et à la distribution d'assurances ;

2° "la loi du 6 août 1990" : la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités ;

3° "la loi du 26 avril 2010" : la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) ;

4° "la loi du 9 juillet 1975" : la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d’assurances ;

5° "l'OCM" : l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités, visé à l'article 49 de la loi du 6 août 1990 ;

6° "la CBFA" : la Commission bancaire, financière et des assurances ;

7° "société mutualiste" : une société mutualiste qui n'offre que des produits d'assurances et qui est visée à l’article 43*bis*, § 5, ou à l’article 70, §§ 6, 7 ou 8, de la loi du 6 août 1990. [↑](#footnote-ref-1)
2. Vous pouvez utiliser une dénomination commerciale. Dans ce cas, vous devez toujours mentionner également la dénomination sociale, ainsi que votre numéro d'inscription au registre des intermédiaires de l'OCM. [↑](#footnote-ref-2)
3. L'adresse du siège social enregistrée à la Banque-Carrefour des Entreprises est l'adresse officielle de la personne morale. Toute correspondance officielle dans le cadre du dossier d'inscription est envoyée à cette adresse. [↑](#footnote-ref-3)
4. Courtier d'assurances : l'intermédiaire d'assurances qui met en relation des preneurs d'assurances et des entreprises d'assurances, ou des entreprises d'assurances et des entreprises de réassurances, sans être lié par le choix de celles-ci (article 1er, 6°, de la loi du 27 mars 1995). [↑](#footnote-ref-4)
5. Agent d'assurances : l'intermédiaire d'assurances qui, en raison d'une ou plusieurs conventions ou procurations, au nom et pour le compte d'une seule ou de plusieurs entreprises d'assurances, exerce des activités d'intermédiation en assurances (article 1er, 7°, de la loi du 27 mars 1995). [↑](#footnote-ref-5)
6. Sous-agent d'assurances : l'intermédiaire d'assurances ou de réassurances, qui n’est pas un courtier d'assurances ou agent d'assurances, mais qui agit sous la responsabilité d'un courtier d'assurances ou d'un agent d'assurances (article 1er, 8°, de la loi du 27 mars 1995). [↑](#footnote-ref-6)
7. Le courtier ou l'agent pour lequel le sous-agent exercera des activités d’intermédiation en assurances doit fournir une déclaration, à transmettre à l’OCM par le sous-agent dans le cadre de sa demande d’inscription, dont il ressort que le sous-agent agit sous sa responsabilité. S'agissant d'un sous-agent actif dans le domaine des assurances maladies mutualistes, il ne peut intervenir que pour un intermédiaire qui couvre des risques visés à la branche 2 de l'annexe 1 de l'arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances et qui couvre éventuellement, à titre complémentaire, des risques qui appartiennent à l'assistance telle que visée à la branche 18 de l'annexe 1 de l'arrêté royal précité. [↑](#footnote-ref-7)
8. Responsable de la distribution : il s’agit de :

toute personne physique appartenant à la direction d'un intermédiaire d'assurances ou de tout employé au service d'un tel intermédiaire et qui, de facto, assume la responsabilité de l'activité d'intermédiation en assurances ou en exerce le contrôle ;

 toute personne physique qui, dans une entreprise d'assurances, assume de facto la responsabilité à l'égard des personnes chargées de la distribution de produits d'assurance ou exerce le contrôle sur de telles personnes (article 1er, 5°, de la loi du 27 mars 1995).

Cette rubrique ne doit être complétée que pour les intermédiaires occupant des travailleurs. Dans le cadre de votre inscription au registre des intermédiaires, vous pouvez désigner des personnes complémentaires en tant que responsables de la distribution. [↑](#footnote-ref-8)
9. Les personnes chargées de la direction effective doivent en outre compléter et signer le questionnaire repris en annexe 1. [↑](#footnote-ref-9)
10. Noms des actionnaires ou associés qui, de manière directe ou indirecte, exercent un contrôle sur la personne morale. Chacun de ces actionnaires et de ces associés doit en outre compléter et signer le questionnaire repris en annexe 2. [↑](#footnote-ref-10)
11. Seuls doivent être pris en compte les actionnaires ou associés qui, de manière directe ou indirecte, exercent un contrôle sur la personne morale. [↑](#footnote-ref-11)
12. Cette attestation ne doit être fournie que par les personnes qui ne sont pas titulaires d'un certificat de l'enseignement supérieur visé à l'article 11, § 3, 1°, de la loi du 27 mars 1995. [↑](#footnote-ref-12)
13. Cette attestation ne doit être fournie que par les personnes qui ne sont pas titulaires d'un certificat de l'enseignement supérieur visé à l'article 11, § 3, 1°, de la loi du 27 mars 1995. [↑](#footnote-ref-13)