|  |
| --- |
| **FORMULAIRE DE NOTIFICATION D’UNE ACTIVITÉ TRANSFRONTALIÈRE** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PARTIE 1**  **Informations concernant l’IRP** | | | |
| 1.1. | Autoritté compétente de l’Etat membre d’origine |  | |
|  | Code d’enregistrement/ authorisation |  | |
| 1.2. | Nom de l’IRP |  | |
| 1.3. | Coordonnées de l’IRP | Adresse du siège social |  |
| Lieu d’établissement de l’administration centrale (si différent de l’adresse du siège social) |  |
| Téléphone |  |
| Fax |  |
| Adresse e-mail |  |
| 1.4. | Forme juridique de l’IRP |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PARTIE 2**  **Informations visées à l’article 64 de la LIRP** | | | |
| 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. | | | |
| **Etat membre d’accueil** | | | |
| 2.1. | Nom de l’Etat membre d’accueil |  | |
| 2.2. | Coordonnées du représentant de l’IRP dans l’Etat membre d’accueil (le cas échéant) | Nom |  |
| Fonction |  |
| Adresse postale |  |
| Forme juridique |  |
| Téléphone |  |
| Fax |  |
| Adresse e-mail |  |
| Code d’identification |  |
| **Entreprise(s) d’affiliation** | | | |
| 2.3. | Dénomination sociale |  | |
| 2.4. | Coordonnées | Adresse postale |  |
| Lieu d’établissement de l’administration centrale (si différent de l’adresse du siège social) |  |
| Téléphone |  |
| Fax |  |
| Adresse e-mail |  |
| Code d’identification |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Principales caractéristiques du régime de retraite à gérer** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Affiliation** | | | | | | | | | | | | | |
| 2.5. | L’affiliation est-elle obligatoire ou volontaire ? | | |  | | | obligatoire | | | |  | | volontaire | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
| 2.6. | Veuillez décrire les critères d’affiliation |  | | | | | | | | | | | | |
| 2.7. | Veuillez donner une estimation du nombre d’affiliés et de bénéficiaires[[1]](#footnote-1) | Affiliés actifs | | | | | | | |  | | | | |
| Affiliés dormants | | | | | | | |  | | | | |
| Bénéficiaires | | | | | | | |  | | | | |
|  | **Type de régime de retraite** | | | | | | | | | | | | | |
| 2.8. | Régime de type contributions définies | | | | |  | | |  | | | | | |
|  |  | | | | |  | | |  | | | | | |
|  | Choix de l’investissement ? Combien d’options de placement ? Option standard (si oui, description de l’option standard)? |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | |  | | |  | | | | | |
| 2.9. | Régime de type prestations définies (salaire final/salaire moyen, autre) | | | | |  | | |  | | | | | |
|  |  | | | | |  | | |  | | | | | |
|  | Précisez |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | |  | | |  | | | | | |
| 2.10. | Régime hybride | | | | |  | | |  | | | | | |
|  |  | | | | |  | | |  | | | | | |
|  | Précisez |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | |  | | |  | | | | | |
| 2.11. | Autre régime | | | | |  | | |  | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | Précisez |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | |  | | |  | | | | | |
|  | **Règlement de pension** | | | | | | | | | | | | | |
| 2.12. | Veuillez décrire le type de prestation (versement d’une rente, versement d’un capital, rente de survie, pension d’orphelin, pension d’invalidité, …) |  | | | | | | | | | | | | |
| 2.13. | Veuillez décrire les conditions d’acquisition des prestations e (ex : délai d’attente et/ou période d’acquisition) |  | | | | | | | | | | | | |
| 2.14. | Veuillez décrire les garanties offertes (ex : rendement d’investissement, niveau donné de prestations, …). Qui fournit les garanties ? |  | | | | | | | | | | | | |
| 2.15. | Veuillez décrire les couvertures supplémentaires (ex : assurance dépendance, risques biométriques supplémentaires, …). Qui fournit les couvertures supplémentaires ? |  | | | | | | | | | | | | |
|  | **Paiement des prestations** | | | | | | | | | | | | | |
| 2.16. | L’IRP elle-même est responsable du paiement des prestations | | | |  | | | Oui | | | |  | | Non |
|  |  | | | |  | | |  | | | |  | |  |
| 2.17. | Une autre entreprise est responsable du paiement des prestations (ex : l’entreprise d’affiliation, une entreprise d’assurance, …) | | | |  | | | Oui | | | |  | | Non |
|  |  | | | |  | | |  | | | |  | |  |
|  | Nom et coordonnées de l’autre entreprise | |  | | | | | | | | | | | |
|  | **Contributions** | | | | | | | | | | | | | |
| 2.18. | Veuillez décrire les types de contributions versées par l’entreprise d’affiliation et par les affiliés (ex : pourcentage du salaire, montant fixe, prime unique, …) |  | | | | | | | | | | | | |
|  | **Actifs et engagements** | | | | | | | | | | | | | |
| 2.19. | Les actifs et engagements du régime de retraite transfrontalier seront-ils gérés au sein d’un patrimoine distinct ? | | | |  | | | Oui | | | |  | | Non |
|  | | |  | |
|  |  | | | |  | | |  | | | |  | |  |
| 2.20. | Veuillez décrire les autres règles de financement (ex : destination des excédents) | | | |  | | |  | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PARTIE 3**  **Informations concernant la personne responsable de la notification** | | |
| 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 notification est une personne physique** | | |
| Nom |  | |
| Prénoms |  | |
| Fonction |  | |
| Adresse postale |  | |
| Adresse e-mail |  | |
| Téléphone |  | |
| Fax |  | |
| **3.2. La personne responsable de la notification 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 notification** | | |
|  | | |

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**

**Ce formulaire doit de préférence être introduit en même temps que le formulaire de notification d’une activité transfrontalière afin d’assurer un examen de la notification en temps opportun.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIE 1** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Informations concernant l’IRP[[2]](#footnote-2)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1. | Autorité Cpmpétente de l’État d’origine | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | Code d’enregistrement/ Authorisation | | | | | |  | | | | | | | | |
| 1.2. | Nom de l’IRP | | | | | |  | | | | | | | | |
| 1.3. | Coordonnées de l’IRP | | | | | | Adresse du siège social | | | | | |  | | |
| Lieu d’établissement de l’administration centrale (si différent de l’adresse du siège social) | | | | | |  | | |
| Téléphone | | | | | |  | | |
| Fax | | | | | |  | | |
| Adresse e-mail | | | | | |  | | |
| 1.4. | Forme juridique de l’IRP | | | | | |  | | | | | | | | |
| **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 en conformité avec la legislation nationale de l’Etat membre d’origine, est-elle jointe ? | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Statuts de l’IRP/ règlement de pension | | | | |  | | | | |  | | | | | |
| 1. Confirmation de la responsabilité financière 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 des PT et des 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 notification** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 notification est une personne physique** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Prénoms | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Fonction | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse postale | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse e-mail | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Téléphone | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Fax | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **3.2. La personne responsable de la notification 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 notification** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |

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 notification d’une activité transfrontalière. [↑](#footnote-ref-2)