Annexe Communication

**Communication FSMA\_2019\_27 du 27/08/2019 (mise à jour 01/06/2023)**

Questionnaire destiné à notifier la cessation d’une fonction réglementée auprès d’une société de gestion de portefeuille et de conseil en investissement (SGPCI)

La SGPCI met sans délai la FSMA au courant de la révocation, du licenciement, de la démission ou de l’expiration du mandat ou du délai du contrat concerné d’un responsable d’une fonction réglementée.

La FSMA prie dans ce contexte la SGPCI de compléter le présent questionnaire pour toute cessation d’une fonction réglementée.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Il est important que vous répondiez à toutes les questions de manière sérieuse, véridique et complète.**  **La qualité de vos réponses aura une grande influence sur le temps de traitement de la notification.**  Dans vos réponses, vous devez mentionner **toutes** les informations dont vous estimez raisonnablement qu'elles sont pertinentes pour le contrôle de la FSMA. Ce faisant, la FSMA tiendra compte des circonstances spécifiques et des explications que vous fournissez. |

Si vous n'êtes pas certain que certaines informations soient pertinentes, mieux vaut les mentionner malgré tout. Nous pouvons également vous inviter à un entretien.

|  |
| --- |
| **Il est conseillé de compléter ce document sur ordinateur.** |

***Nous respectons votre vie privée***

|  |
| --- |
| **Traitement des données à caractère personnel**  Les données à caractère personnel fournies par le biais du présent questionnaire et de ses annexes seront traitées par la FSMA de la manière décrite dans sa [Politique vie privée](https://www.fsma.be/sites/default/files/media/files/2023-04/fsma_politiquevieprivee_honorabilite.pdf).  La FSMA collecte les données à caractère personnel demandées aux fins de l’exercice de son contrôle du respect des exigences en matière d’honorabilité professionnelle et d’expertise adéquate, ainsi que prévu par les articles 12, 13, 23, 35, 47 et 84 de la loi du 25 octobre 2016 relative à l’accès à l’activité de prestations de services d’investissement et au statut et au contrôle des sociétés de gestion de portefeuille et de conseil en investissement.  Vous trouverez dans notre [Politique vie privée](https://www.fsma.be/sites/default/files/media/files/2023-04/fsma_politiquevieprivee_honorabilite.pdf) de plus amples explications sur vos droits en matière de vie privée ainsi que sur la manière dont vous pouvez les exercer.  *Au cas où vous mentionneriez des données à caractère personnel de tiers dans le présent questionnaire et/ou dans le document explicatif qui l’accompagne, nous vous prions de prévenir ces personnes que leurs données à caractère personnel ont été communiquées à la FSMA et que cette dernière les traitera conformément à la Politique vie privée qu’elle applique dans le cadre de ses évaluations Fit & Proper et qui est consultable sur son site web.* |

# Vous vous engagez à fournir des réponses complètes et sincères

☐ Je m’engage à fournir des réponses complètes et sincères.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Sans la déclaration ci-dessus, ce document n'est pas valable.** Veuillez donc **toujours** cocher la déclaration ci-dessus. Cela permettra d'éviter des retards inutiles dans le traitement de votre notification. |

# Quelle SGPCI ?

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’établissement** |  |
| **Numéro d’entreprise** |  |

Toute mention “l’établissement” dans le présent questionnaire fera référence à l’entreprise ci-dessus.

# Qui exerce la fonction à laquelle il est mis fin ?

Communiquez dans la présente rubrique les données concernant la personne dont il a été mis fin à la fonction.

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Prénom(s) |  |
| Numéro de registre national[[1]](#footnote-1) |  |
| Sexe |  |
| Domicile |  |
| N° de téléphone |  |
| Adresse e-mail (professionnelle) |  |

# Quelle est la fonction à laquelle il est mis fin ?

## La personne concernée exerçait la fonction de …

|  |  |
| --- | --- |
| **La fonction**  **(Indiquez toutes les options qui sont applicables)** | Administrateur non exécutif  Administrateur exécutif  Membre du comité de direction  Dirigeant effectif (personne exerçant une fonction clé)[[2]](#footnote-2)  Dirigeant effectif d’une succursale étrangère  (Espace économique européen)  Responsable de la fonction d’audit interne  Responsable de la fonction de gestion des risques  Responsable de la fonction de compliance |
| **Titre de la fonction** (*= la fonction telle qu’elle apparaît dans l’organigramme)* |  |

## La personne concernée continue-t-elle à exercer une autre fonction au sein de l’établissement ?

Oui

Non

Dans l’affirmative, indiquez quelle(s) autre(s) fonction(s) elle continue à exercer au sein de l’établissement (cochez, le cas échéant, plusieurs fonctions).

|  |
| --- |
| Administrateur non exécutif  Administrateur exécutif  Membre du comité de direction  Dirigeant effectif (personne exerçant une fonction clé)[[3]](#footnote-3)  Dirigeant effectif d’une succursale étrangère  (Espace économique européen)  Responsable de la fonction d’audit interne  Responsable de la fonction de gestion des risques  Responsable de la fonction de compliance |

# Pourquoi est-il mis fin à la fonction ?

Précisez ci-dessous pourquoi il est mis fin à la fonction.

Fournissez, si cela est pertinent pour le contrôle de la FSMA, des explications spécifiques concernant les raisons sous-jacentes et les circonstances réelles de la cessation de fonction (par exemple, départ forcé de l’établissement pour faute grave, réorganisation de l’établissement, ...).

Révocation ou licenciement par l’établissement (départ forcé)

Démission de la personne concernée (départ volontaire)

Expiration du mandat ou du délai du contrat concerné

|  |
| --- |
| **Raisons sous-jacentes et/ou circonstances réelles de la cessation** |
|  |

# Quand est-il mis fin à la fonction ?

Indiquez la date de la cessation de fonction.

|  |
| --- |
|  |

# Si la personne concernée était membre du conseil d’administration, « l’aptitude collective » de celui-ci présente-t-elle une lacune du fait de son départ ?

Oui

Non

## Dans l’affirmative, veuillez préciser la nature de cette lacune

|  |
| --- |
|  |

## Quelle mesure l’établissement prendra-t-il pour combler cette lacune?

Ajoutez des lignes si nécessaire.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nature des mesures** | **Modalités et délais** |
|  |  |

# La personne concernée sera-t-elle remplacée ?

## Indiquez si la personne concernée sera (immédiatement) remplacée.

Oui (*dans ce cas, répondez à la question 8.2*)

Non (*dans ce cas, passez directement à la question 8.3*)

## Dans l’affirmative, qui proposez-vous pour la remplacer ?

### Identité de la personne

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **Date prévue pour la reprise de la fonction concernée** |  |

***Attention !***

Dans ce cas, vous devez en outre transmettre à la FSMA toutes les informations et documents concernant la nomination de ce remplaçant au moyen du questionnaire à compléter en cas de nouvelle nomination :

* le « *Questionnaire destiné aux candidats à une fonction réglementée auprès d’une société de gestion de portefeuille et de conseil en investissement »*; ou
* le « *Questionnaire en vue de la nomination et de l’agrément en tant que compliance officer auprès des sociétés de gestion d’OPC(A) publics et des sociétés de gestion de portefeuille et de conseil en investissement* ».

### La nouvelle personne sera-t-elle membre du conseil d’administration?

Oui

Non

***Attention !***

***Dans l’affirmative, vous devez en outre transmettre à la FSMA toutes les informations relatives à l’aptitude collective du conseil d’administration au moyen du « Questionnaire relatif à l’aptitude collective du conseil d’administration des sociétés de gestion de portefeuille et de conseil en investissement ».***

## Dans la négative, mentionnez les coordonnées de la personne qui assumera les tâches liées à la fonction

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Prénom(s) |  |
| Numéro de registre national[[4]](#footnote-4) |  |
| Sexe |  |
| Domicile |  |
| N° de téléphone |  |
| Adresse e-mail (professionnelle) |  |
| Autres fonctions actuellement exercées par cette personne |  |

# Signature de l’établissement

***Vous confirmez à la FSMA que…***

vous êtes habilité à signer le présent questionnaire au nom de l’établissement ;

les réponses aux questions posées dans le présent questionnaire sont correctes et complètes.

|  |  |
| --- | --- |
| **Date** |  |
| **Nom du représentant de l’établissement** |  |
| **Prénom du représentant de l’établissement** |  |
| **Fonction au sein de l’établissement** |  |
| **Signature** |  |

# Quelle est la base légale du présent questionnaire ?

La FSMA vous pose ces questions sur la base des articles 12, 13, 23, 35, 47 et 84 de la loi du 25 octobre 2016 relative à l’accès à l’activité de prestations de services d’investissement et au statut et au contrôle des sociétés de gestion de portefeuille et de conseil en investissement.

Le présent questionnaire tient compte des Orientations communes de l’EBA et de l’ESMA, publiées le 2 juillet 2021, sur l’évaluation de l’aptitude des membres de l’organe de direction et des titulaires de postes clés.

1. Les personnes qui ne possèdent pas de numéro de registre national belge mentionneront leur date et leur lieu de naissance. [↑](#footnote-ref-1)
2. Il s’agit d’une personne qui n’est pas un administrateur mais qui exerce une influence directe et déterminante sur la direction de tout ou partie des activités de l’établissement. [↑](#footnote-ref-2)
3. Il s’agit d’une personne qui n’est pas un administrateur mais qui exerce une influence directe et déterminante sur la direction de tout ou partie des activités de l’établissement. [↑](#footnote-ref-3)
4. Les personnes qui ne possèdent pas de numéro de registre national belge mentionneront leur date et leur lieu de naissance. [↑](#footnote-ref-4)