Annexe Communication

**Communication FSMA\_2020\_03-08 du 30/01/2020 (mise à jour 31/07/2024)**

Questionnaire destiné à notifier la cessation d’une fonction réglementée auprès d’une société immobilière réglementée

La société immobilière réglementée 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’une personne exerçant une fonction réglementée.

La FSMA prie dans ce contexte la société immobilière réglementée 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 14 et 15 de la loi du 12 mai 2014 relative aux sociétés immobilières réglementées.  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 société immobilière réglementée ?

|  |  |
| --- | --- |
| **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)** | Membre du conseil d’administration  Administrateur non exécutif  Administrateur indépendant  Administrateur exécutif  Membre du conseil de surveillance  Membre non exécutif  Membre indépendant  Membre du conseil de direction  Dirigeant effectif  Responsable de la fonction de gestion des risques  Responsable de la fonction de compliance  Responsable de la fonction d’audit interne |
| **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).

|  |
| --- |
| Membre du conseil d’administration  Administrateur non exécutif  Administrateur indépendant  Administrateur exécutif  Membre du conseil de surveillance  Membre non exécutif  Membre indépendant  Membre du conseil de direction  Dirigeant effectif  Responsable de la fonction de gestion des risques  Responsable de la fonction de compliance  Responsable de la fonction d’audit interne |

# 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 de l’organe 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. Pour ce faire, veuillez utiliser le « *questionnaire candidats à une fonction réglementée auprès d’une société immobilière réglementée »*.**

### La nouvelle personne sera-t-elle membre de l’organe d’administration?

Oui

Non

***Attention !***

***Dans l’affirmative, vous devez en outre transmettre à la FSMA toutes les informations relatives à l’aptitude collective de l’organe d’administration. Pour ce faire, veuillez utiliser le questionnaire relatif à l’aptitude collective de l’organe d’administration des sociétés immobilières réglementées ».***

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Prénom(s) |  |
| Numéro de registre national[[2]](#footnote-2) |  |
| 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 14 et 15 de la loi du 12 mai 2014 relative aux sociétés immobilières réglementées.

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. Les personnes qui ne possèdent pas de numéro de registre national belge mentionneront leur date et leur lieu de naissance. [↑](#footnote-ref-2)