

Table des matières

<i>Coordonnées de l'établissement</i>	1
<i>Données personnelles de la personne concernée</i>	2
<i>Fonction concernée</i>	3
<i>Date de cessation.</i>	4
<i>Motif</i>	5
<i>Veillez fournir ci-après des précisions sur ce motif de cessation, sauf s'il s'agit de la fin du contrat/mandat ou d'un départ à la retraite.</i>	6
<i>Remplacement éventuel.</i>	7
<i>Annexes éventuelles.</i>	8
<i>Dans l'affirmative, veuillez les indiquer ci-dessous:</i>	9
<i>Déclaration de l'établissement concerné.</i>	10
<i>Télécharger le document PDF signé.</i>	11

Complétez les coordonnées de l'établissement dans lequel la personne concernée exerce une fonction:	
1. Dénomination de l'établissement:	
2. Adresse de l'établissement:	
3. Numéro de téléphone:	
4. Numéro d'entreprise:	
5. Veuillez indiquer ci-dessous la nature de l'établissement	
Etablissement de crédit	<input type="checkbox"/>
Société de bourse	<input type="checkbox"/>
Etablissement de paiement	<input type="checkbox"/>
Etablissement de monnaie électronique	<input type="checkbox"/>
Dépositaire central de titres	<input type="checkbox"/>
Organisme de support d'un dépositaire central de titres	<input type="checkbox"/>
Banque centrale de dépôt	<input type="checkbox"/>
Entreprise d'assurance	<input type="checkbox"/>
Entreprise de réassurance	<input type="checkbox"/>
Compagnie financière	<input type="checkbox"/>
Société holding d'assurance	<input type="checkbox"/>
Compagnie financière mixte	<input type="checkbox"/>
Si d'application:	
Succursale étrangère d'un établissement belge ("outward passporting")	<input type="checkbox"/>
Succursale belge d'un établissement étranger	<input type="checkbox"/>

1. Nom	
2. Prénom(s)	
3. Lieu et date de naissance	
Lieu de naissance	
Date de naissance	
4. Sexe	
5. Nationalité	
6. Domicile	
Adresse	
Ville	
Pays	
7. Résidence (si différent du domicile mentionné au point 6.)	
8. Numéro de téléphone fixe (sur lequel vous êtes disponible après la cessation)	
9. Numéro de GSM (sur lequel vous êtes disponible après la cessation)	
10. Adresse électronique	

Indiquez ci-dessous à quelle fonction la personne concernée met fin dans l'établissement. Il y a lieu de cocher autant de cases qu'applicables à la personne concernée.	
administrateur exécutif	<input type="checkbox"/>
administrateur non exécutif	<input type="checkbox"/>
président de l'organe légal d'administration	<input type="checkbox"/>
président du comité d'audit	<input type="checkbox"/>
président du comité de rémunération	<input type="checkbox"/>
président du comité des risques	<input type="checkbox"/>
président du comité de nomination	<input type="checkbox"/>
membre du comité d'audit	<input type="checkbox"/>
membre du comité de rémunération	<input type="checkbox"/>
membre du comité des risques	<input type="checkbox"/>
membre du comité de nomination	<input type="checkbox"/>
membre du comité de direction	<input type="checkbox"/>
président du comité de direction	<input type="checkbox"/>
dirigeant effectif d'un établissement sans comité de direction	<input type="checkbox"/>
dirigeant effectif ou mandataire général d'une succursale	<input type="checkbox"/>
responsable de la fonction de compliance	<input type="checkbox"/>
responsable de la fonction d'audit interne	<input type="checkbox"/>
responsable de la fonction de gestion des risques	<input type="checkbox"/>

Date de cessation

Veillez indiquer la date de la cessation de fonction.	

Veillez indiquer ci-dessous le motif de la cessation de fonction.	
réorganisation interne	<input type="checkbox"/>
départ volontaire	<input type="checkbox"/>
licenciement pour motif grave	<input type="checkbox"/>
fin du contrat/mandat	<input type="checkbox"/>
départ à la retraite	<input type="checkbox"/>
autre	<input type="checkbox"/>

Veillez fournir ci-après des précisions sur ce motif de cessation, sauf s'il s'agit de la fin du contrat/mandat ou d'un départ à la retraite.

La personne concernée est-elle/sera-t-elle remplacée?	
Dans l'affirmative, veuillez préciser le nom de son remplaçant:	
Dans la négative, veuillez préciser qui assumera les tâches liées à sa fonction:	

Souhaitez-vous transmettre des annexes éventuelles à ce formulaire?	

Dans l'affirmative, veuillez les indiquer ci-dessous:

Numéro d'ordre	Nom de l'annexe	Nombre de pages	Fichier

« En ma qualité:	
de président de l'organe légal d'administration	<input type="checkbox"/>
de président du comité de direction	<input type="checkbox"/>
d' administrateur non exécutif	<input type="checkbox"/>
de dirigeant effectif de l'établissement étranger dont dépend hiérarchiquement le dirigeant effectif de la succursale en Belgique	<input type="checkbox"/>
de (nom de l'établissement concerné),	
je soussigné.e, (nom et prénom(s))	
déclare, après avoir procédé aux vérifications d'usage, que les informations communiquées	
par (nom et prénom(s) de la personne concernée)	
à la Banque nationale de Belgique dans le cadre du présent formulaire sont à ma connaissance exactes.»	
Date	
titre et signature	

Description	Télécharger
1) Exporter le formulaire "Cessation de la nomination" en PDF	
2) Signer le document	
3) Scanner le document en PDF	
4) Téléchargez le document PDF signé ci-dessous	
Téléchargez le document PDF signé ci-contre	