

Table des matières

<i>Coordonnées de l'établissement concerné.</i>	<i>1</i>
<i>Données personnelles de la personne concernée</i>	<i>2</i>
<i>Fonction concernée</i>	<i>3</i>
<i>Influence des nouveaux éléments</i>	<i>4</i>
<i>Veillez indiquer de la façon la plus détaillée possible quels nouveaux éléments peuvent influencer défavorablement l'aptitude de la personne concernée pour la fonction exercée. Pour la description de ces éléments, veuillez vous référer aux questions du TITRES II-VI du formulaire 1 "NOUVELLE NOMINATION".</i>	<i>5</i>
<i>Autres informations utiles.</i>	<i>6</i>
<i>Dans l'affirmative, veuillez les mentionner ci-dessous.</i>	<i>7</i>
<i>Annexes éventuelles.</i>	<i>8</i>
<i>Dans l'affirmative, veuillez les indiquer ci-dessous:</i>	<i>9</i>
<i>Déclaration de la personne concernée.</i>	<i>10</i>
<i>Déclaration de l'établissement concerné.</i>	<i>11</i>
<i>Télécharger le document PDF signé.</i>	<i>12</i>

Complétez les coordonnées de l'établissement dans lequel la personne concernée exerce une fonction qui entre dans le champ d'application de la loi.	
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 dépositaire	<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	
9. Numéro de GSM	
10. Adresse électronique	

Indiquez ci-dessous quelle fonction la personne concernée exerce au sein de 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"/>
responsable de la fonction actuarielle	<input type="checkbox"/>
personne-relais responsable de la fonction de vérification de la conformité sous-traitée	<input type="checkbox"/>
personne-relais responsable de la fonction d'audit interne sous-traitée	<input type="checkbox"/>
personne-relais responsable de la fonction de gestion des risques sous-traitée	<input type="checkbox"/>
personne-relais responsable de la fonction actuarielle sous-traitée	<input type="checkbox"/>

Quelle influence pourront avoir les nouveaux éléments sur l'aptitude de la personne concernée?	

Veillez indiquer de la façon la plus détaillée possible quels nouveaux éléments peuvent influencer défavorablement l'aptitude de la personne concernée pour la fonction exercée. Pour la description de ces éléments, veuillez vous référer aux questions du TITRES II-VI du formulaire 1 "NOUVELLE NOMINATION".

Estimez-vous devoir communiquer d'autres informations qui seraient utiles pour l'évaluation de la personne concernée ?	

Dans l'affirmative, veuillez les mentionner ci-dessous.

Souhaitez-vous transmettre des annexes éventuelles à ce présent formulaire ?	

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

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

Déclaration de la personne concernée

Je soussigné.e, (nom et prénom(s) de la personne concernée)	
déclare avoir répondu avec exactitude et en toute bonne foi à ce questionnaire.	<input type="checkbox"/>
Je m'engage à tenir l'établissement concerné immédiatement informé de toute modification éventuelle relative à l'information que j'ai fournie.	<input type="checkbox"/>
Je prends par ailleurs acte du fait que la communication intentionnelle d'informations erronées et/ou incomplètes aura une incidence négative quant à l'appréciation des qualités requises dans mon chef pour l'exercice de la fonction concernée.	<input type="checkbox"/>
Je déclare que j'exercerai la fonction concernée en mon nom propre.	<input type="checkbox"/>
Date	
et signature de la personne concernée	

« 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 ou mandataire général 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, (nom et prénom(s))	
déclare, après avoir procédé aux vérifications d'usage, que les informations communiquées	
par (nom et prénom(s) du candidat)	
à la Banque nationale de Belgique dans le cadre du présent formulaire sont à ma connaissance exactes.	
(nom de l'établissement concerné)	
s'engage à porter immédiatement à la connaissance de la Banque nationale de Belgique toute modification des éléments contenus dans le présent formulaire dont elle aurait connaissance et qui seraient susceptibles d'avoir une incidence quant à l'appréciation de l'aptitude du candidat par la Banque nationale de Belgique. »	
Date	
Titre et signature	

Description	Télécharger
1) Exporter le formulaire "Nouveaux éléments" en PDF	
2) Signer le document	
3) Scanner le document en PDF	
4) Télécharger le document PDF signé ci-dessous	
Télécharger le document PDF signé ci-contre	