

**Ε.Ε. Παρ. ΙΙΙ(Ι)  
Αρ. 5609, 8.10.2021  
Αριθμός 415**

**Κ.Δ.Π. 415/2021**

**ΟΙ ΠΕΡΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΚΑΙ  
ΑΛΛΩΝ ΣΥΝΑΦΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΝΟΜΟΙ 2016 - 2021**

---

Απόφαση σύμφωνα με το άρθρο 2

Ο Αν. Έφορος Ασφαλίσεων με απόφασή του όπως προβλέπεται στο άρθρο 2 των περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμων 2016 έως 2021, καθορίζει ότι η μορφή του Τύπου Ε.Α.2 που δημοσιεύθηκε στην Επίσημη Εφημερίδα, Παρ. ΙΙΙ(Ι), Αρ. 4942 στις 22.04.2016, αντικαθίσταται με την ακόλουθη μορφή:



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΛΕΧΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ  
Βύρωνος 29, 1096 Λευκωσία  
Τ.Θ. 23364, 1682 Λευκωσία

Ο ΠΕΡΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΚΑΙ  
ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΣΥΝΑΦΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΝΟΜΟΣ  
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΣΕ ΔΙΟΡΙΣΜΟ ΣΕ ΚΥΠΡΙΑΚΗ  
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ/ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ/ΑΛΛΗΛΟΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

Υποβάλλεται σύμφωνα με τις πρόνοιες του άρθρου 44(6)(α) του Περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμου (εφεξής «ο Νόμος») και αφορά στοιχεία που απαιτούνται για προτεινόμενο πρόσωπο για διορισμό σε κυπριακή ασφαλιστική/ αντασφαλιστική / αλληλοασφαλιστική επιχείρηση.

Αφορά διορισμό για:

- Διοικητικό Σύμβουλο (με εκτελεστική ή χωρίς εκτελεστική εξουσία περιλαμβανομένου του Προέδρου του Διοικητικού Συμβουλίου και του Διευθύνοντος Συμβούλου)
- Ανώτερο Εκτελεστικό Λειτουργό, Γενικό Διευθυντή
- Επικεφαλής κάθε κύριας λειτουργίας στο πλαίσιο του συστήματος διακυβέρνησης
- Γενικό υπεύθυνο της επιχείρησης για λειτουργία που ανατίθεται εξωτερικά
- Οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο που λόγω της φύσης των καθηκόντων που ασκεί δύναται να επηρεάσει τη λήψη αποφάσεων ή την όλη πολιτική της εταιρείας όπως αυτή αναφέρεται στο άρθρο 44 του Νόμου

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ/ ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ/ ΑΛΛΗΛΟΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ  
για την οποία συμπληρώνεται ο Τύπος Ε.Α.2

ΘΕΣΗ ΔΙΟΡΙΣΜΟΥ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

(Εάν πρόκειται για Διοικητικό Σύμβουλο να διευκρινισθεί κατά πόσο πρόκειται για Σύμβουλο με εκτελεστική ή μη εκτελεστική εξουσία.)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

Οδηγίες για τη συμπλήρωση του παρόντος Τύπου:

1. Ο Τύπος πρέπει να είναι δεόντως συμπληρωμένος και υπογεγραμμένος από το προτεινόμενο πρόσωπο.
2. Ο κενός χώρος μετά από κάθε ερώτηση στον Τύπο ΔΕΝ είναι ενδεικτικός της έκτασης της σκοπούμενης απάντησης.
3. Όλες οι ερωτήσεις πρέπει να απαντώνται και να μην μένουν κενοί οι χώροι μετά από κάθε ερώτηση. Εάν οποιαδήποτε ερώτηση δεν έχει εφαρμογή, να αναγράφεται Δ/Ε στον κενό χώρο.

## 1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1 Ονοματεπώνυμο και οποιοδήποτε άλλο όνομα χρησιμοποιείτε ή με το οποίο είστε γνωστός/ή

.....
-------

1.2 Ημερομηνία και τόπος γέννησης

Ημερομηνία γέννησης:.....
Τόπος γέννησης:.....

1.3 Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας (ΑΔΤ) και Διαβατηρίου

ΑΔΤ:.....
Χώρα έκδοσης:.....
Ημερομηνία λήξης:.....
Αριθμός Διαβατηρίου:.....
Χώρα έκδοσης:.....
Ημερομηνία λήξης:.....

Επισυνάψτε ως Παράρτημα 1 πιστοποιημένο αντίγραφο του Δελτίου Ταυτότητας ή του Διαβατηρίου.

1.4 Υπηκοότητα/ες

Να δοθούν όλες οι υπηκοότητες σε περίπτωση που έχετε πέραν της μίας.

.....
-------

1.5 Διεύθυνση εργασίας

Οδός και αριθμός: .....
Τ.Κ.....
Αριθμός ταχ. Θυρίδας: .....
Τ.Κ. Ταχ. Θυρίδας.....
Χωριό/ Κοινότητα/ Πόλη και Επαρχία:.....
Χώρα:.....



1.9 Να επισυναφθεί, ως Παράρτημα 2, υπογραμμένη υπεύθυνη δήλωση ότι έχετε επίγνωση των ευθυνών σας σε σχέση με τα καθήκοντα και υποχρεώσεις της θέσης του προτεινόμενου διορισμού που περιγράψατε πιο πάνω και ότι προτίθεστε να συμμορφώνεστε σε συνεχή βάση με τις διατάξεις όλων των σχετικών νομοθεσιών και ότι μπορείτε να φέρετε εις πέρας τα καθήκοντα με βάση τη διάθεση χρόνου και τις ικανότητές σας.

1.10 Αν θα διορισθείτε ως μέλος Διοικητικού Συμβουλίου, αναφέρετε σε ποια/ ποιες Επιτροπή/ές του Διοικητικού Συμβουλίου θα συμμετέχετε με βάση την πείρα και προσόντα που κατέχετε. Αναφέρετε κατά πόσο θα είστε Πρόεδρος της/ των Επιτροπής/ών που θα συμμετέχετε και τους λόγους για την επιλογή σας στη θέση αυτή.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

1.11 Αν θα διορισθείτε ως ανεξάρτητο μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου για να συμμετέχετε στην Επιτροπή Ελέγχου της επιχείρησης, να επισυναφθεί ως Παράρτημα 3 υπογραμμένη υπεύθυνη δήλωση ότι πληρείτε τα κριτήρια ανεξαρτησίας που έχουν καθοριστεί από τον Έφορο Ασφαλίσεων και είναι αναρτημένα στην ιστοσελίδα της Υπηρεσίας Ελέγχου Ασφαλιστικών Εταιρειών για συμμόρφωση με τις πρόνοιες του Περί Ελεγκτών Νόμου του 2017.

1.12 Να επισυναφθεί ως Παράρτημα 4 αντίγραφο του σχετικού πρακτικού απόφασης διορισμού σας από το αρμόδιο όργανο της ασφαλιστικής/ αντασφαλιστικής/ αλληλοασφαλιστικής επιχείρησης.

## 2. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ, ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΑ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ

### 2.1 Βιογραφικό Σημείωμα

Να επισυναφθεί, ως Παράρτημα 5, πλήρες βιογραφικό σημείωμα στο οποίο να περιλαμβάνονται τουλάχιστον οι ακόλουθες πληροφορίες:

- 1- Ιστορικό της προηγούμενης απασχόλησής σας με ιδιαίτερη έμφαση και αναφορά σε πείρα, αν έχετε, στον ασφαλιστικό/ αντισταθμιστικό τομέα ή στο χρηματοπιστωτικό τομέα, στο οποίο για κάθε περίοδο απασχόλησης να αναφέρονται τα εξής:
  - θέση που κατείχατε, καθώς και περιγραφή των ευθυνών και καθηκόντων της θέσης,
  - επωνυμία, έδρα, και αντικείμενο δραστηριοτήτων κάθε επιχείρησης στην οποία εργαστήκατε ή διατελέσατε ως μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου της,
  - ημερομηνία έναρξης και τερματισμού του διορισμού σας είτε ως μέλος Διοικητικού Συμβουλίου είτε υπό άλλη ιδιότητα/ θέση.
- 2- Ακαδημαϊκά προσόντα (τίτλος σπουδών/ πιστοποιητικό, τομέας φοίτησης, εκπαιδευτικό ίδρυμα/ οργανισμός, διάρκεια φοίτησης και η ημερομηνία απόκτησης του κάθε τίτλου/ πιστοποιητικού). Να υποβληθούν αντίγραφα των σχετικών τίτλων/ πιστοποιητικών που κατέχετε.
- 3- Επαγγελματικά προσόντα (τίτλος επαγγελματικού προσόντος, ημερομηνία απόκτησης του τίτλου και όνομα επαγγελματικού σώματος). Να υποβληθούν αντίγραφα των σχετικών τίτλων/ πιστοποιητικών που κατέχετε.
- 4- Επαγγελματική εκπαίδευση (τίτλος επαγγελματικής εκπαίδευσης, όνομα παρόχου επαγγελματικής εκπαίδευσης και διάρκεια εκπαίδευσης).
- 5- Συμμετοχή σε άλλα επαγγελματικά σώματα/ επιτροπές/ φορείς.
- 6- Άλλη σχετική εκπαίδευση/επιμόρφωση για οποιοδήποτε θέμα (αν είναι σχετική με ασφαλιστικά/ αντισταθμιστικά θέματα να δοθούν λεπτομέρειες).

2.2 Εάν δεν έχετε επαγγελματική εμπειρία στον ασφαλιστικό ή χρηματοπιστωτικό τομέα, αναφέρατε τους πιθανούς αντισταθμιστικούς λόγους βάση των οποίων επιλεγήκατε για τη συγκεκριμένη θέση (π.χ. ακαδημαϊκά/ επαγγελματικά προσόντα, αποδεδειγμένη ικανότητα χειρισμού προκλήσεων, συνολική καταλληλότητα, άλλα προσόντα, εξειδικευμένες γνώσεις, άλλος σημαντικός λόγος).

.....
.....
.....
.....

## 3. ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

Να συμπληρωθεί μόνο εάν ο προτεινόμενος διορισμός αφορά θέση Διοικητικού Συμβούλου

3.1 Αναφέρατε το επίπεδο εμπειρίας και γνώσεων που θεωρείτε ότι κατέχετε στα ακόλουθα θέματα χρησιμοποιώντας το σύμβολο (✓) στο αντίστοιχο σημείο:

ΘΕΜΑ	ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΚΑΙ ΓΝΩΣΕΩΝ		
	ΧΑΜΗΛΟ	ΜΕΣΑΙΟ	ΨΗΛΟ
Ασφαλιστικές αγορές			
Χρηματοπιστωτικές αγορές			
Κατάρτιση επιχειρηματικής στρατηγικής, σχεδιασμός επιχειρηματικών σχεδίων και υλοποίησή τους			
Δημιουργία και αξιολόγηση αποτελεσματικού συστήματος διακυβέρνησης			
Διαχείριση κινδύνων (προσδιορισμός, αξιολόγηση, παρακολούθηση, έλεγχος και μετριασμός των κύριων τύπων κινδύνων που αντιμετωπίζει η επιχείρηση)			
Συστήματα εσωτερικού ελέγχου			
Ερμηνεία χρηματοοικονομικών στοιχείων και αναλογιστική ανάλυση			

3.2. Να επισυναφθεί, ως Παράρτημα 6, γραπτή απάντηση για τα πιο κάτω ερωτήματα υπογραμμένη είτε από τον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου της επιχείρησης είτε από το γραμματέα του Διοικητικού Συμβουλίου είτε από εξουσιοδοτημένο αντιπρόσωπο του Διοικητικού Συμβουλίου της επιχείρησης για τα πιο κάτω:

1. Πώς εντάσσεται το προτεινόμενο πρόσωπο στην ικανότητα του Διοικητικού Συμβουλίου ως συνόλου της επιχείρησης; Εξηγήστε πως ο διορισμός συμπληρώνει την ικανότητα του Διοικητικού Συμβουλίου ως συνόλου της επιχείρησης με βάση τις πρόνοιες της Κατευθυντήριας Γραμμής 11 -Απαιτήσεις ως προς την ικανότητα- των Οδηγιών του Εφόρου Ασφαλίσεων ημερομηνίας 6/11/2015 για το σύστημα διακυβέρνησης.
2. Εξηγήστε με ποιο τρόπο θα συμβάλει το προτεινόμενο πρόσωπο στην ενίσχυση της ικανότητας του Διοικητικού Συμβουλίου και στην επίλυση τυχόν αδυναμιών που εντοπίζονται σε αυτό.
3. Εάν πρόκειται για ανεξάρτητο μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου, το οποίο θα είναι και μέλος της Επιτροπής Ελέγχου, να δηλωθεί ότι είναι ανεξάρτητο και πληροί τα κριτήρια της ανεξαρτησίας που έχουν καθοριστεί από τον Έφορο Ασφαλίσεων για συμμόρφωση με τις πρόνοιες του Περί Ελεγκτών Νόμου του 2017.
4. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΗΘΟΥΣ ΤΟΥ ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

Απαντήστε τις ακόλουθες ερωτήσεις χρησιμοποιώντας το σύμβολο ( ✓ ) στο αντίστοιχο σημείο.

Σε περίπτωση που η απάντηση είναι ΝΑΙ, να επισυναφθεί, ως Παράρτημα 7, λεπτομερής απάντηση για το αντίστοιχο ερώτημα.

		ΝΑΙ	ΟΧΙ
4.1	Υπάρχουν σε βάρος σας καταδικαστικές αποφάσεις ή κυρώσεις ή άλλα μέτρα (ανεξαρτήτως της κατ' αυτών άσκησης κάποιου ένδικου μέσου) στο πλαίσιο δικαστικής ή άλλης διαδικασίας αστικού ή διοικητικού χαρακτήρα, στην Κύπρο ή στο εξωτερικό;		
	Εκκρεμεί ή βρίσκεται σε εξέλιξη σχετική διαδικασία ή έρευνα, στην Κύπρο ή στο εξωτερικό;		
	Αν ναι, αναφέρετε λεπτομέρειες για τα πιο πάνω (φύση της παράβασης, ημερομηνία έναρξης της διαδικασίας, πιθανή κύρωση, στάδιο στο οποίο βρίσκεται η διαδικασία).		
4.2	Έχετε καταδικασθεί ή εκκρεμεί εναντίον σας ποινική διαδικασία ή έρευνα για σοβαρά ποινικά αδικήματα σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 44(2)(α) του Νόμου στην Κύπρο ή το εξωτερικό;		
	Αν ναι, αναφέρετε λεπτομέρειες.		
4.3	Έχει υποβληθεί αίτηση για κήρυξη σε πτώχευση ή αφερεγγυότητα ή για υπαγωγή σε άλλη παρεμφερή διαδικασία σε βάρος σας είτε από εσάς τον ίδιο είτε από οποιονδήποτε τρίτο ή έχει εκδοθεί αντίστοιχη απόφαση σε βάρος σας, στην Κύπρο ή στο εξωτερικό;		
	Αν ναι, αναφέρετε λεπτομέρειες.		
	Έχετε προβεί, στην Κύπρο ή στο εξωτερικό σε συμβιβασμό με τους πιστωτές σας ή παραλείψατε να πληρώσετε εντός ενός έτους ποσό προς πιστωτή ή πιστωτές που επιδικάστηκε με απόφαση Δικαστηρίου ή υπόκεισθε σε διαδικασία πτώχευσης;		
	Αν ναι, αναφέρετε λεπτομέρειες.		

4.4	Κατείχατε ειδική συμμετοχή ή διευθυντική θέση ή ασκούσατε άλλου είδους βασικά καθήκοντα ή διετελέσατε μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου σε ασφαλιστική ή αντισταθμιστική ή αλληλοασφαλιστική επιχείρηση ή σε άλλη επιχείρηση του χρηματοπιστωτικού τομέα, της οποίας, κατά τη διάρκεια της θητείας σας, ανακλήθηκε η άδεια της για σοβαρή παραβίαση των υποχρεώσεών της;		
	Αν ναι, αναφέρετε λεπτομέρειες και στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι δεν συναινέσατε ή συμπράξατε στην παραβίαση (όπως προβλέπεται από το άρθρο 44 του Νόμου).		
4.5	Κατείχατε ειδική συμμετοχή ή διευθυντική θέση ή ασκούσατε άλλου είδους βασικά καθήκοντα ή διετελέσατε μέλος Διοικητικού Συμβουλίου σε ασφαλιστική ή αντισταθμιστική ή αλληλοασφαλιστική επιχείρηση ή άλλη επιχείρηση του χρηματοπιστωτικού τομέα, η οποία, κατά τη διάρκεια της θητείας σας, τέθηκε σε καθεστώς εξυγίανσης ή εκκαθάρισης ή προέβη σε συμβιβασμό με τους πιστωτές της ή διαλύθηκε οικειοθελώς;		
	Αν ναι, αναφέρετε λεπτομέρειες.		
4.6	Κατείχατε ειδική συμμετοχή ή διευθυντική θέση ή ασκούσατε άλλου είδους βασικά καθήκοντα ή διετελέσατε μέλος Διοικητικού Συμβουλίου σε ασφαλιστική ή αντισταθμιστική ή αλληλοασφαλιστική επιχείρηση ή άλλη επιχείρηση του χρηματοπιστωτικού τομέα, η οποία, κατά τη διάρκεια της θητείας σας, καταδικάστηκε για οποιοδήποτε αδίκημα;		
	Αν ναι, αναφέρετε λεπτομέρειες.		
4.7	Έχει επιβληθεί σε βάρος σας κύρωση/ πρόστιμο ή έχετε γίνει αποδέκτης σύστασης ή αποτελείτε αντικείμενο έρευνας αναφορικά με κατηγορίες λόγω της ιδιότητάς σας ως μέτοχος ή μέλος Διοικητικού Συμβουλίου /υπεύθυνο πρόσωπο / πρόσωπο με θέση ευθύνης σε ασφαλιστική ή αντισταθμιστική ή αλληλοασφαλιστική επιχείρηση ή σε άλλη επιχείρηση του χρηματοπιστωτικού τομέα, από τις αρμόδιες εποπτικές αρχές του χρηματοπιστωτικού τομέα στην Κύπρο ή στο εξωτερικό, ανεξαρτήτως της κατ' αυτών άσκησης κάποιου ένδικου βοηθήματος;		
	Αν ναι, αναφέρετε λεπτομέρειες.		
	Εκκρεμεί ή βρίσκεται σε εξέλιξη σχετική διαδικασία ή έρευνα, στην Κύπρο ή στο εξωτερικό;		
	Αν ναι, αναφέρετε λεπτομέρειες.		
4.8	Σας έχει απαγορευτεί ή δυνατότητα κατοχής της θέσης Διοικητικού Συμβούλου/ Ανώτερου Εκτελεστικού Λειτουργού/ Γενικού Διευθυντή ή άλλης από τις θέσεις που αναγράφονται στον τίτλο του παρόντος Τύπου σε οποιαδήποτε επιχείρηση ή έχετε παυθεί από τη θέση αυτή σε οποιαδήποτε επιχείρηση δυνάμει απόφασης Δικαστηρίου στην Κύπρο ή στο εξωτερικό;		
	Αν ναι, αναφέρετε λεπτομέρειες.		



4.9	Έχετε παυθεί ή αποβληθεί από επαγγελματικό ή εποπτικό σώμα ή σας έχει απαγορευτεί ή σας έχει ανασταλεί το δικαίωμα άσκησης εργασίας ή επαγγέλματος για το οποίο απαιτείται η κατοχή άδειας, εγγραφής ή άλλης έγκρισης στην Κύπρο ή στο εξωτερικό;		
	Αν ναι, αναφέρετε λεπτομέρειες.		
4.10	Έχετε αξιολογηθεί από άλλη αρμόδια εποπτική αρχή στην Κύπρο ή/και στο εξωτερικό για την καταλληλότητά σας ως μέτοχος ή ως μέλος Διοικητικού Συμβουλίου ή υπεύθυνο πρόσωπο ή διευθυντικό στέλεχος ασφαλιστικής/ ανασφαλιστικής/αλληλοασφαλιστικής επιχείρησης ή άλλης εταιρείας του χρηματοπιστωτικού τομέα;		
	Αν ναι, αναφέρετε ποια αρμόδια εποπτική αρχή αξιολόγησε την εν λόγω αίτηση, για ποια θέση αξιολογηθήκατε και ποια επιχείρηση αφορούσε η αξιολόγηση και την απόφαση της εποπτικής αρχής (έγκριση ή μη έγκριση).		
	Σε περίπτωση μη έγκρισής σας, αναφέρετε τους λόγους που δόθηκαν από την αρμόδια εποπτική αρχή.		
4.11	Έχει απορριφθεί αίτησή σας για χορήγηση άδειας άσκησης δραστηριότητάς είτε εμπορικής είτε επαγγελματικής, στην Κύπρο ή στο εξωτερικό ή έχει ανακληθεί/ανασταλεί, έστω και προσωρινά, τέτοια άδεια από επιχείρηση στην οποία κατείχατε ειδική συμμετοχή ή διετελέσατε μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου ή θέση υπεύθυνου προσώπου ή άλλη θέση διευθυντική;		
	Αν ναι, αναφέρετε λεπτομέρειες.		
4.12	Κατά τη διεκπαιρέωση των καθηκόντων σας θα ενεργείτε με βάση οδηγίες οποιουδήποτε άλλου προσώπου ή προσώπων ή θα ασκείτε ουσιώδη επιρροή στην επιχείρηση;		
	Αν ναι, αναφέρετε λεπτομέρειες.		
	Έχετε οποιοσδήποτε στενούς δεσμούς (όπως αναφέρονται στο Νόμο) με την επιχείρηση ή κατέχετε μετοχές στην επιχείρηση;		
	Αν ναι, αναφέρετε λεπτομέρειες.  (Σημ.: Σε περίπτωση που συμμετέχετε στο κεφάλαιο της επιχείρησης αναφέρετε τον αριθμό των μετοχών και το ποσοστό συμμετοχής σας.)		
	Έχετε υπογράψει συμφωνία με οποιοδήποτε πρόσωπο (φυσικό ή νομικό) που είναι δυνατόν να επηρεάσει τον τρόπο άσκησης δικαιώματος ψήφου;		
	Αν ναι, αναφέρετε λεπτομέρειες.		
4.13	Εκπροσωπείτε, με οποιονδήποτε τρόπο, μέτοχο της επιχείρησης ή/και μητρικής/ θυγατρικής της ή κατέχετε οποιαδήποτε θέση σε άλλη/ες επιχείρηση/εις που ανήκουν στον ίδιο όμιλο επιχειρήσεων με την επιχείρηση;		

4.14	Κατέχουν στενοί συγγενείς σας (σύζυγος, πρόσωπα με συγγένεια, εξ αίματος ή εξ αγχιστείας μέχρι β' βαθμού) μετοχές/ ειδικές συμμετοχές στην επιχείρηση ή σε άλλες επιχειρήσεις που συνδέονται ή διατηρούν οικονομικές σχέσεις με την εν λόγω επιχείρηση ή ανήκουν στον ίδιο όμιλο επιχειρήσεων με την επιχείρηση;		
	Αν ναι, αναφέρετε λεπτομέρειες.		
4.15	Κατέχετε 10% και άνω του κεφαλαίου οποιασδήποτε άλλης επιχείρησης;		
	Αν ναι, αναφέρετε την επωνυμία της επιχείρησης, τις δραστηριότητες και το ποσοστό συμμετοχής σας στο μετοχικό κεφάλαιο.		
4.16	Κατέχετε ειδική συμμετοχή, άμεση ή έμμεση, ή θέσεις με την ιδιότητα του μέλους, εκτελεστικού και μη, σε Διοικητικά Συμβούλια ή του διευθυντικού στελέχους σε άλλες επιχειρήσεις (ενδεικτικά ασφαλιστικές/ αντασφαλιστικές/ αλληλοασφαλιστικές επιχειρήσεις, επιχειρήσεις ασφαλιστικής διαμεσολάβησης, πιστωτικά ιδρύματα κλπ.);		
	Αν ναι, αναφέρετε την επωνυμία, την έδρα και το αντικείμενο της επιχείρησης, καθώς και το ποσοστό συμμετοχής σας ή τη θέση σας σε αυτή.		

4.17 Να επισυναφθεί, ως Παράρτημα 8, πιστοποιητικό λευκού ποινικού μητρώου και πιστοποιητικό ότι το προτεινόμενο πρόσωπο δεν έχει κηρυχθεί σε πτώχευση ως ορίζεται στον Κανονισμό 15 των περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Κανονισμών (εφεξής «οι Κανονισμοί»).

Τα εν λόγω πιστοποιητικά πρέπει να φέρουν ημερομηνία όχι προγενέστερη των τριών μηνών από την ημερομηνία υποβολής του Τύπου.

(Σημ.: Εάν η/οι χώρα/ές διαμονής του αιτητή κατά τα τελευταία 5 έτη είναι άλλη/ες από τη χώρα υπηκοότητας να επισυναφθούν πιστοποιητικό/α λευκού ποινικού μητρώου ή αποσπάσματος ποινικού μητρώου (judicial record) ή άλλου ισοδύναμου εγγράφου που έχει εκδοθεί από αρμόδια δικαστική ή διοικητική αρχή του κράτους διαμονής/ των κρατών διαμονής και πιστοποιητικό/α μη πτώχευσης ή άλλο ισοδύναμο έγγραφο όπως αυτά που αναφέρονται στον Κανονισμό 15 που να έχει εκδοθεί στο κράτος διαμονής.)

4.18 Να επισυναφθεί, ως Παράρτημα 9, υπογραμμένη υπεύθυνη δήλωση καλής οικονομικής κατάστασης από το προτεινόμενο πρόσωπο στην οποία να αναφέρεται ότι οι οικονομικές υποχρεώσεις του προσώπου δεν είναι υπέρμετρες ώστε να παρακλώσουν την άσκηση καθηκόντων που αναλαμβάνει με τον προτεινόμενο διορισμό.

Η εν λόγω δήλωση πρέπει να φέρει ημερομηνία όχι προγενέστερη των τριών μηνών από την ημερομηνία υποβολής του Τύπου.

4.19 Αναφέρετε οποιοσδήποτε δεσμεύσεις /υποχρεώσεις σας που ενδέχεται να δημιουργήσουν σύγκρουση συμφερόντων σας με την ασφαλιστική/αντασφαλιστική/αλληλοασφαλιστική επιχείρηση και δηλώστε τρόπους για την αντιμετώπισή της.

Ενδεικτικά να περιληφθούν τυχόν

- προσωπικές σχέσεις ή οικονομικά συμφέροντα με μέλη της διοίκησης/ μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου της επιχείρησης ή με πρόσωπα που κατέχουν ειδική συμμετοχή σε αυτή ή σε έτερη με οποιοδήποτε τρόπο συνδεδεμένη είτε με την ίδια είτε με συμμετέχουσα αυτής επιχείρηση,
- άσκηση επιχειρηματικής δραστηριότητας, ανταγωνιστικής προς την ασκούμενη από την επιχείρηση ή από έτερη με οποιοδήποτε τρόπο συνδεδεμένη είτε με την ίδια είτε με συμμετέχουσα αυτής επιχείρηση,
- ουσιώδης οικονομική υποχρέωση προς την επιχείρηση ή προς πρόσωπα που κατέχουν ειδική συμμετοχή σε αυτή ή προς έτερη με οποιοδήποτε τρόπο συνδεδεμένη είτε με την ίδια είτε με συμμετέχουσα αυτής επιχείρηση.

.....
.....
.....
.....

<p>.....</p>
--------------

## 5. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Αναφέρατε τα απαιτούμενα δικαιολογητικά που θα συνοδεύουν το ερωτηματολόγιο

Παράρτημα	Περιγραφή	Παράγραφος αναφοράς	Υποβλήθηκε	
			Ναι	Όχι
1	Πιστοποιημένο αντίγραφο δελτίου ταυτότητας ή διαβατηρίου	1.3		
2	Υπογραμμένη υπεύθυνη δήλωση επίγνωσης ευθυνών και συμμόρφωσης με τη νομοθεσία	1.9		
3	Υπογραμμένη υπεύθυνη δήλωση ανεξαρτησίας Διοικητικού Συμβούλου	1.11		
4	Αντίγραφο πρακτικού της σχετικής απόφασης διορισμού	1.12		
5	Πλήρες Βιογραφικό Σημείωμα και αντίγραφα όλων των πιστοποιητικών που δηλώσατε ότι κατέχετε σε σχέση με ακαδημαϊκά και επαγγελματικά προσόντα	2.1		
6	Υπογραμμένη γραπτή απάντηση για ερωτήματα σε σχέση με την ικανότητα του Διοικητικού Συμβουλίου	3.2		
7	Απαντήσεις στις ερωτήσεις για αξιολόγηση καταλληλότητας και ήθους	4 (4.1-4.16)		
8	Πιστοποιητικό λευκού ποινικού μητρώου και πιστοποιητικό μη πτώχευσης	4.17		
9	Υπογραμμένη υπεύθυνη δήλωση καλής οικονομικής κατάστασης	4.18		

## 6. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Η επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων διενεργείται σύμφωνα με τον περί της Προστασίας των Φυσικών Προσώπων Έναντι της Επεξεργασίας των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και της Ελεύθερης Κυκλοφορίας των Δεδομένων αυτών Νόμος του 2018 (Ν.125(Ι)/2018), όπως εκάστοτε τροποποιείται.

Τα προσωπικά δεδομένα τα οποία ζητούνται με τον Τύπο, τηρούνται και τυγχάνουν επεξεργασίας για σκοπούς εξέτασης και αξιολόγησης της παρούσας αίτησης σύμφωνα με τον περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμο του 2016 (Ν. 38(Ι)/2016), όπως αυτός εκάστοτε τροποποιείται ή αντικαθίσταται.

Η διαχείριση και επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων γίνεται με ασφάλεια και εχεμύθεια και υπόκειται στις βασικές αρχές επεξεργασίας όπως αυτές προβλέπονται από τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (ΓΚΠΔ).

Για οποιασδήποτε πληροφορίες σε σχέση με τον τρόπο διαχείρισης των προσωπικών δεδομένων ανατρέξτε στην πολιτική προστασίας δεδομένων στην ιστοσελίδα της Υπηρεσίας Ελέγχου Ασφαλιστικών Εταιρειών στον ακόλουθο σύνδεσμο: <http://mof.gov.cy/en/directorates-units/insurance-companies-control-service>

## 7. ΔΗΛΩΣΗ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

Εγώ, ο/η\* κάτωθι υπογεγραμμένος/η\* ..... (πλήρες όνομα) δηλώνω υπεύθυνα ότι:

α) Οι πληροφορίες που παρέχονται σε αυτό το έντυπο και παρέχονται ως δικαιολογητικά και συνοδευτικά έγγραφα είναι ακριβείς και πλήρεις από όσο γνωρίζω και πιστεύω και συμφωνώ να παρέχω στον Έφορο Ασφαλίσεων και στην Υπηρεσία Ελέγχου Ασφαλιστικών Εταιρειών (ΥΕΑΕ) τυχόν συμπληρωματικές πληροφορίες και διευκρινίσεις που απαιτούνται, σε σχέση με την ολοκλήρωση της αξιολόγησης και εξέτασης του Τύπου.

β) Θα ειδοποιήσω αμέσως τον Έφορο Ασφαλίσεων και την ΥΕΑΕ για τυχόν αλλαγές που μπορώ να λάβω γνώση στις πληροφορίες που έχω παράσχει και παρέχω γραπτώς, τις λεπτομέρειες αυτών των αλλαγών και τυχόν άλλες σχετικές σημαντικές πληροφορίες που περιλαμβάνονται στον Τύπο και σε οποιοδήποτε δικαιολογητικό και συνοδευτικό έγγραφο ανά πάσα στιγμή μετά την ημερομηνία της παρούσας δήλωσης.

γ) Κατανοώ ότι η παροχή ψευδών, παραπλανητικών ή απατηλών πληροφοριών στον Έφορο Ασφαλίσεων και στην ΥΕΑΕ αποτελεί αδίκημα σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 403 του Νόμου.

δ) Με το παρόν εξουσιοδοτώ τον Έφορο Ασφαλίσεων και την ΥΕΑΕ να διεξάγει έρευνες και να αναζητά, όποτε είναι αναγκαίο, περαιτέρω πληροφορίες που κρίνει κατάλληλες ή/και να ανταλλάσσει αυτές τις πληροφορίες, που κρίνονται απαραίτητες από αυτούς, με τρίτα μέρη, συμπεριλαμβανομένων αλλά χωρίς περιορισμό στους παρόντες και προηγούμενους εργοδότες μου, ασφαλιστικές και αντασφαλιστικές επιχειρήσεις, οποιοσδήποτε εγχώριες ή ξένες τραπεζικές/ χρηματοπιστωτικές/ ασφαλιστικές εποπτικές/ ρυθμιστικές αρχές κ.λπ., με σκοπό την επαλήθευση των πληροφοριών που περιέχονται στον Τύπο ή σε οποιαδήποτε συνοδευτικά έγγραφα και δικαιολογητικά.

ε) Εξουσιοδοτώ τον Έφορο Ασφαλίσεων και την ΥΕΑΕ να ζητήσει από τις αρμόδιες αρχές/ οργανισμούς κάθε πληροφορία που κρίνεται απαραίτητη για σκοπούς επιβεβαίωσης οποιασδήποτε πληροφορίας και δεδομένων, που περιλαμβάνονται στον Τύπο ή σε οποιοδήποτε δικαιολογητικό ή συνοδευτικό έγγραφο.

στ) Κατανοώ ότι τυχόν προσωπικά δεδομένα που παρέχονται στον Έφορο Ασφαλίσεων και στην ΥΕΑΕ και το δεόντως εξουσιοδοτημένο προσωπικό της, θα χρησιμοποιηθούν για την εκπλήρωση των νόμιμων καθηκόντων των σύμφωνα με τις διατάξεις του Νόμου και ενδέχεται να γνωστοποιηθούν σε τρίτους για τους σκοπούς αυτούς. Με το παρόν, εξουσιοδοτώ αμετάκλητα και δίνω ελεύθερα τη ρητή μου συγκατάθεση στην ΥΕΑΕ, με την παρούσα δήλωση και με απόλυτη συνείδηση, να χειρίζονται τα προσωπικά μου δεδομένα, ευαίσθητα ή μη, σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων και τον περί της Προστασίας των Φυσικών Προσώπων Έναντι της Επεξεργασίας των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και της Ελεύθερης Κυκλοφορίας των Δεδομένων αυτών Νόμο του 2018 (Ν. 125(Ι)/2018), όπως τροποποιείται κατά καιρούς.

ζ) Κατανοώ ότι όλα τα προσωπικά μου δεδομένα θα θεωρούνται εμπιστευτικά, σύμφωνα με τις διατάξεις των πιο πάνω Νόμων, και θα τυγχάνουν εμπιστευτικής μεταχείρισης από τον Έφορο Ασφαλίσεων, την ΥΕΑΕ και το δεόντως εξουσιοδοτημένο και κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό της για το χειρισμό τέτοιων δεδομένων, και κάθε πληροφορία που με αφορά δεν θα διαβιβαστεί σε κανένα τρίτο μέρος, εκτός από τις περιπτώσεις που αναφέρονται στο άρθρο 29 του Νόμου και γενικά στο πλαίσιο της άσκησης των νόμιμων εξουσιών και των εποπτικών αρμοδιοτήτων του Εφόρου Ασφαλίσεων ή μετά από δικαστική οδηγία/ απόφαση.

η) Κατανοώ ότι σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (ΕΕ 2016/679) όπως τροποποιείται κατά καιρούς, έχω το δικαίωμα πληροφόρησης και πρόσβασης, το δικαίωμα να ζητώ διορθώσεις και διαγραφή των εν λόγω δεδομένων καθώς και το δικαίωμα ένστασης, και το δικαίωμα ανάκλησης της συγκατάθεσής μου ανά πάσα στιγμή, νοούμενου ότι όλα αυτά εκφράζονται γραπτώς.

θ) Επιβεβαιώνω ότι δεν εμπλέκομαι ή δεν έχω εμπλακεί ποτέ, άμεσα ή έμμεσα σε εγκληματικές ενέργειες ή σε δραστηριότητες που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την προώθηση, προαγωγή, βοήθεια, υποκίνηση οικονομικού εγκλήματος ή που θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην προώθηση, προαγωγή, βοήθεια ή υποκίνηση οικονομικού εγκλήματος.

ι) Δεν φέρω ένσταση και δίνω τη συγκατάθεσή μου να με καλέσει ο Έφορος Ασφαλίσεων και η ΥΕΑΕ, εάν κριθεί σκόπιμο, σε προσωπική συνέντευξη για τους σκοπούς της αξιολόγησης του προτεινόμενου διορισμού.

κ) Κατανοώ ότι όποτε μου ζητηθεί ή κρίνεται σκόπιμο από τον Έφορο Ασφαλίσεων και την ΥΕΑΕ, θα προσφέρω τη βοήθεια και τη συνεργασία μου προκειμένου να επιτευχθεί η συμμόρφωση με τα πιο πάνω. Τέλος, κατανοώ ότι ο Έφορος Ασφαλίσεων, η ΥΕΑΕ και το δεόντως εξουσιοδοτημένο προσωπικό της θα είναι υπεύθυνοι για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων.

Αυτή η δήλωση ισχύει τόσο για τα σημερινά όσο και για τυχόν μελλοντικά δεδομένα και πληροφορίες που σχετίζονται με μένα.

Ημερομηνία.....

Υπογραφή.....

Πλήρες όνομα προτεινόμενου προσώπου .....

\*Να διαγραφεί ότι δεν εφαρμόζεται

## 8. ΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ/ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ/ ΑΛΛΗΛΟΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ\* ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

Ο κάτωθι υπογράφει επιβεβαιώνει ότι ο/η\* ..... (όνομα προτεινόμενου προσώπου):

α) Έχει παράσχει προσωπικά τις πληροφορίες που περιλαμβάνονται σε αυτό τον Τύπο και σε οποιαδήποτε συνοδευτικά/ δικαιολογητικά έγγραφα τα οποία ελέγχθηκαν από τον/την\* ..... (επαγγελματικός τίτλος του προσώπου που έλεγξε τον Τύπο και τις συνοδευτικές πληροφορίες) της ασφαλιστικής/ αντασφαλιστικής / αλληλοασφαλιστικής\* επιχείρησης και έχει υπογράψει αυτό τον Τύπο παρουσία του/της.

β) Οι πληροφορίες που παρέχονται από τον/την..... (όνομα προτεινόμενου προσώπου) στην ασφαλιστική/ αντασφαλιστική/ αλληλοασφαλιστική\* επιχείρηση σε σχέση με αυτόν/η είναι αυτές που αυτός/ αυτή\* γνωρίζει και πιστεύει ότι είναι ακριβείς και πλήρεις από όσο γνωρίζει.

γ) Επιβεβαιώνει ότι η ασφαλιστική/ αντασφαλιστική/ αλληλοασφαλιστική\* επιχείρηση θα ειδοποιήσει αμέσως τον Έφορο Ασφαλίσεων, την ΥΕΑΕ και το δεόντως εξουσιοδοτημένο προσωπικό της εάν υπάρξει σημαντική αλλαγή στις παρεχόμενες πληροφορίες.

δ) Επιβεβαιώνει ότι η ασφαλιστική/ αντασφαλιστική/ αλληλοασφαλιστική\* επιχείρηση έχει ζητήσει όλες τις πληροφορίες που είναι απαραίτητες για την αξιολόγηση της ικανότητας και καταλληλότητας του προτεινόμενου προσώπου και ότι έχει λάβει δεόντως υπόψη τις πληροφορίες αυτές για να προσδιορίσει το προτεινόμενο πρόσωπο ως ικανό και κατάλληλο πρόσωπο.

ε) Επιβεβαιώνει ότι η ασφαλιστική/ αντασφαλιστική/ αλληλοασφαλιστική\* επιχείρηση πιστεύει βάσει της δέουσας και επιμελούς έρευνας και με βάση τα κριτήρια αξιολόγησης ικανότητας και καταλληλότητας, όπως ορίζονται στο Νόμο, ότι το προτεινόμενο πρόσωπο είναι άτομο ικανό και κατάλληλο για την εκτέλεση των καθηκόντων του προτεινόμενου διορισμού όπως περιγράφονται στον Τύπο.

στ) Επιβεβαιώνει ότι η ασφαλιστική/ αντασφαλιστική/ αλληλοασφαλιστική\* επιχείρηση έχει ενημερώσει το προτεινόμενο πρόσωπο για τις ευθύνες σε σχέση με τις ισχύουσες νομοθεσίες που σχετίζονται με το διορισμό του, όπως περιγράφεται στον Τύπο.

ζ) Επιβεβαιώνει ότι έχει την εξουσία να κάνει αυτήν τη δήλωση και να υπογράψει τον Τύπο για λογαριασμό της ασφαλιστικής/ αντασφαλιστικής/ αλληλοασφαλιστικής\* επιχείρησης.

Όνομα ασφαλιστικής/ αντασφαλιστικής/ αλληλοασφαλιστικής\* επιχείρησης .....

Πλήρες όνομα προσώπου.....

Θέση υπογράφοντος.....

Υπογραφή .....

Ημερομηνία.....

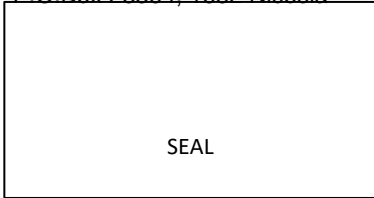
\*Να διαγραφεί ότι δεν εφαρμόζεται



REPUBLIC OF CYPRUS  
 MINISTRY OF ECONOMICS  
 INSURANCE COMPANIES CONTROL SERVICE

INSURANCE COMPANIES CONTROL SERVICE  
 Vyronos 29, 1096 Nicosia  
 P.O.Box 23364, 1682 Nicosia

THE LAW ON INSURANCE AND REINSURANCE BUSINESS AND OTHER  
 RELATED ISSUES  
 PROPOSAL FOR THE APPOINTMENT OF A PROPOSED PERSON IN A  
 CYPRUS INSURANCE/REINSURANCE/MUTUAL UNDERTAKING



Submitted in accordance with the provisions of article 44(6)(a) of the Law on Insurance and Reinsurance Business and Other Related Issues (hereinafter "the Law") and concerns information required for appointment of a proposed person to a Cypriot insurance / reinsurance / mutual insurance undertaking.

It concerns appointments for the positions of:

- Member of the Board of Directors (executive and non-executive, including the Chairman of the Board of Directors and the Managing Director)
- Chief Executive Officer, General Manager
- Head of each key function within the governance system
- Designated person within the undertaking for outsourced key function
- Any other person who due to the nature of the duties he/ she performs is in a position that can influence the decision making or the entire policy of the undertaking as mentioned in article 44 of the Law

NAME OF INSURANCE / REINSURANCE / MUTUAL INSURANCE UNDERTAKING for which the Form E.A.2 is submitted .....
POSITION OF APPOINTMENT OF PROPOSED PERSON ..... (If the position concerns a Member of the Board of Directors, it should be clarified whether the Director will be an executive or non-executive)
NAME OF PROPOSED PERSON .....

Instructions for completion of the Form:

1. The Form must be duly completed and signed by the proposed person.
2. The empty space after each question in the Form is NOT indicative of the extent of the intended answer.
3. All questions must be answered and spaces must not be left blank after each question. If any question does not apply, write N/A in the blank space.

1. PERSONAL INFORMATION

1.1 Full name and any other name which you use or are known

.....

1.2 Date and place of birth

Date of birth:.....  
Place of birth:.....

1.3 Identity Card (ID) and Passport Number

ID:.....  
Country of issue:.....  
Expiration date:.....

---

Passport Number:.....  
Country of issue:.....  
Expiration date:.....

Attach a certified copy of your Identity Card or Passport as Annex 1.

1.4 Nationality (ies)

Please indicate all nationalities in case you have more than one.

.....

1.5 Work address

Street name and building number: .....

Postal code: .....

P.O.Box: .....

Postal code of P.O.Box: .....

County/ Province/ Village/ City:.....

Country: .....





1.9 Attach, as Annex 2, a signed solemn declaration that you are aware of the responsibilities of the proposed appointment in relation to the duties and obligations of the position described above and that you intend to comply on an ongoing basis with the provisions of all relevant legislation and that you can complete/ accomplish your duties and obligations based on your available time and abilities.

1.10 If you are appointed as a member of the Board of Directors, indicate the Committee/(s) of the Board of Directors you will participate in, based on your experience and qualifications. Indicate also whether you are going to be the Chairman in the Committee/Committees you will participate and the rationale for this appointment.

.....
.....
.....
.....
.....

1.11 If you are appointed as an independent member of the Board of Directors in order to participate in the Audit Committee of the said undertaking, attach as Annex 3 a signed solemn declaration that you meet the independence criteria set by the Superintendent of Insurance published on the website of the Insurance Companies Control Service for compliance with the provisions of the Auditors' Law 2017.

1.12 Attach as Annex 4 a copy of the relevant minutes of the decision for your appointment by the competent body of the insurance / reinsurance/ mutual insurance undertaking.

**2 PROFESSIONAL EXPERIENCE, ACADEMIC AND PROFESSIONAL QUALIFICATIONS**

**2.1 Curriculum vitae**

Attach, as Annex 5, a complete curriculum vitae containing at least the following information:

- 1- History of your previous employment placing particular emphasis and reference to experience in the insurance/ reinsurance or financial sector, if any, in which, for each period of employment, the following should be mentioned:
  - position held and description of the main responsibilities and duties of that position,
  - name, registered office, object of activities of each undertaking in which you have been employed or were a member of its Board of Directors,
  - start and end date of your appointment/ employment either as a member of the Board of Directors or in another capacity/ position.
- 2- Academic qualifications (title of the degree/ certificate, field of study, educational institution/ organisation, duration of study and date the degree/ certificate was obtained). Submit copies of the relevant degrees/ certificates of your qualifications.
- 3- Professional qualifications (title of professional qualification, date of acquisition of the title and name of the professional body). Submit copies of the relevant titles/ certificates of your qualifications.
- 4- Professional training (title of professional training, name of training provider and duration of training).
- 5- Participation in other professional bodies / committees / institutes.
- 6- Other relevant education / training for any subject (if it is related to insurance/ reinsurance subjects provide details).

2.2 If you do not have any relevant professional experience in the insurance or financial sector, state the potential compensating factors based on which you were selected for the position (eg. academic / professional qualifications, proven ability to challenge, overall suitability, other qualifications, specialised knowledge, other special reason).

.....

.....

.....

.....

**3 FITNESS OF THE BOARD OF DIRECTORS**

To be completed only if the proposed appointment is for a member of the Board of Directors

3.1 Indicate the level of experience and knowledge you consider to possess in the following subjects using the symbol (√) at the corresponding level:

SUBJECT	LEVEL OF EXPERIENCE AND KNOWLEDGE		
	LOW	MEDIUM	HIGH
Insurance markets			
Financial markets			
Business strategy preparation, business plan design and implementation			
Creating and evaluating an effective governance system			
Risk management (identification, assessment, monitoring, control and mitigation of the main types of risks faced by the undertaking)			
Internal control systems			
Interpretation of financial data and actuarial analysis			

## FORM E.A.2

3.2 Attach, as Annex 6, a response signed by either the Chairman of the Board of Directors or the Secretary of the Board of Directors or any appointed representative of the Board of Directors of the undertaking on the following questions:

1. How does the proposed person fit into the collective fit requirements of the Board of Directors of the undertaking? Explain how the appointment complements the collective fitness of the Board of Directors based on the provisions of Guideline 11 –Fit requirements- of the Orders of the Superintendent of Insurance on the system of governance issued on 6/11/2015.
2. Explain how the proposed person will contribute to strengthening the fitness of the Board of Directors and resolving any weaknesses identified in it.
3. If the proposed person is an independent member of the Board of Directors, who will also be a member of the Audit Committee, declare that he/she is independent and meets the criteria of independence set by the Superintendent of Insurance for compliance with the provisions of the Auditors' Law of 2017.

#### 4 FIT AND PROPER ASSESSMENT OF THE PROPOSED PERSON

Answer the following questions using the symbol ( √ ) at the corresponding point.

If the answer is YES, attach a detailed answer to the corresponding question as Annex 7.

		YES	NO
4.1	Are there any convictions or sanctions or other disciplinary measures against you (regardless if under appeal) in the context of a Court or other civil or administrative procedure, in Cyprus or abroad?		
	Is a relevant proceeding or investigation pending or in progress, in Cyprus or abroad?		
	If so, provide details for the above (nature of the charge, date of commencement of the proceeding, possible sanction, and stage of the proceeding).		
4.2	Have you been convicted or are any criminal proceedings or an investigation pending against you for serious criminal offenses in accordance with the provisions of Article 44(2)(a) of the Law, in Cyprus or abroad?		
	If so, provide details.		
4.3	Have you ever applied or has an application been filed against you by a third party for bankruptcy, insolvency or other similar proceedings, or has a relative decision been issued against you, in Cyprus or abroad?		
	If so, provide details.		
	Have you ever had a settlement with your creditors or failed to pay within one year a creditor/ creditors after you had a Court settlement or are you subject to bankruptcy proceedings?		
	If so, provide details.		

4.4	<p>Did you hold a qualifying holding, managerial position, other key position, or have you been a member of the Board of Directors in an insurance or reinsurance or mutual insurance undertaking or in another undertaking of the financial sector, whose license was revoked during your term of office for a serious breach of its obligations?</p>		
	<p>If so, provide details and evidence that you did not consent or co-operate in the violation (in accordance with the provisions of article 44 of the Law).</p>		
4.5	<p>Did you hold a qualifying holding, managerial position, other key position, or have you been a member of the Board of Directors in an insurance or reinsurance or mutual insurance undertaking or in another undertaking of the financial sector, which, during your term of office, entered into a resolution or liquidation regime or compromised with its creditors or dissolved voluntarily?</p>		
	<p>If so, provide details.</p>		
4.6	<p>Did you hold a qualified holding, managerial position, or have you been a member of the Board of Directors in an insurance or reinsurance or mutual insurance undertaking or in another undertaking of the financial sector, which, during your term of office, was convicted of any offense?</p>		
	<p>If so, provide details.</p>		
4.7	<p>Have you been sanctioned/ received a fine/ received a recommendation/ been investigated in relation to allegations of your status as a shareholder or member of the Board of Directors / responsible person / person in a position of responsibility in an insurance or reinsurance or mutual insurance undertaking or other financial sector undertaking by the competent supervisory authorities of the financial sector in Cyprus or abroad, regardless of the exercise of any legal aid against them?</p>		
	<p>If so, provide details.</p>		
	<p>Is a relevant process or investigation pending or in progress, in Cyprus or abroad?</p>		
	<p>If so, provide details.</p>		
4.8	<p>Have you been barred from holding the position of Board Member/ Chief Executive Officer / General Manager or any of the positions listed in the title of this Form in any undertaking or have you been discharged from such a position in any undertaking by a Court decision, in Cyprus or abroad?</p>		
	<p>If so, provide details.</p>		
4.9	<p>Have you been terminated or discharged from a professional or supervisory body or have you been denied or suspended the right to practice your profession for which a license, registration or other approval is required in Cyprus or abroad?</p>		
	<p>If so, provide details.</p>		

4.10	<p>Have you been evaluated by another competent supervisory authority in Cyprus and / or abroad for your suitability as a shareholder or as a member of the Board of Directors or a responsible person or manager of an insurance/reinsurance/mutual insurance undertaking or any other undertaking of the financial sector?</p>		
	<p>If yes, indicate which competent supervisory authority evaluated the application in question, position and undertaking involved in the evaluation, date of the assessment decision and the supervisory authority's conclusion of the assessment (non-approval or approval).</p>		
	<p>In case of a non-approval, state the reasons stated by the competent supervisory authority.</p>		
4.11	<p>Have you ever been rejected an application for a commercial or professional license to operate in Cyprus or abroad, or has such a license been revoked / suspended, even temporarily, of a company in which you had a qualifying holding or in which you were a member of the Board of Directors or had any other key or managerial position?</p>		
	<p>If so, provide details.</p>		
4.12	<p>In carrying out your duties, will you act on the instructions of any other person or persons or will you have a significant influence on the undertaking?</p>		
	<p>If so, provide details.</p>		
	<p>Do you have any close links (as defined in the Law) to the undertaking or do you own any shares in the undertaking?</p>		
	<p>If so, provide details.</p>		
	<p>(Note: In case you participate in the share capital of the undertaking, indicate the number of shares and the participation holding as a percentage.)</p>		
	<p>Have you signed an agreement with any person (natural or legal) that may affect the way you exercise your voting rights?</p>		
	<p>If so, provide details.</p>		
4.13	<p>Do you represent, in any way, a shareholder of the undertaking and / or its parent / subsidiary or do you hold any position in any other undertaking (s) belonging to the same group of undertakings as the undertaking?</p>		
	<p>If so, provide details.</p>		
4.14	<p>Do any of your close relatives (spouse, relatives by blood or by marriage, up to 2<sup>nd</sup> degree) own shares / qualifying holdings in the undertaking or in other undertakings which are affiliated or maintain financial relations with the said undertaking or belong to the same group of companies with the undertaking?</p>		

	If so, provide details.		
4.15	Do you own 10% or more (directly or indirectly) of the share capital of any other undertaking?  If so, indicate the name of the undertaking, the activities and the percentage of your participation in its share capital.		
4.16	Do you hold a qualifying holding direct or indirect or a position as a member of the Board of Directors (executive or non-executive) or a member of the management in any other undertakings? (indicative insurance/reinsurance/mutual insurance undertakings, insurance distribution undertakings, credit institutions etc.)  If so, indicate the name, registered office and object of the business of the undertaking, as well as your percentage holding or position.		

4.17 Attach, as Annex 8, a clean criminal record certificate and a certificate that the proposed person has not been declared bankrupt as defined in Regulation 15 of the Insurance and Reinsurance Business and Other Related Issues Regulations (hereinafter "the Regulations").

These certificates must be dated not earlier than three months from the date of submission of the Form.

(Note: If the applicant's country (s) of residence for the last 5 years is other than the country of nationality, a certificate of a clean criminal record or judicial record or other equivalent document and a certificate of non-bankruptcy or other equivalent document must be attached, issued by a competent judicial or administrative authority of the country of residence (ies) and such as those referred to in Regulation 15.)

4.18 Attach, as Annex 9, a signed solemn declaration of good financial standing by the proposed person stating that his/her financial obligations are not excessive in order to impede the performance of the duties undertaken by the proposed appointment.

This signed declaration must be dated not earlier than three months from the date of submission of this Form.

4.19 List below any commitments / obligations that you have and may create a conflict of interest with the insurance or reinsurance/ mutual insurance undertaking and state how any potential conflicts are proposed to be mitigated.

Indicatively include any

- personal relationships or financial interests with members of the management/ Board of Directors of the undertaking, or with persons holding qualified holding in it, or in any other affiliated or participating undertaking,
- business activity competing with the activity of the undertaking or of any other affiliated or participating undertaking,
- substantial financial liability to the undertaking or to persons with qualifying holding in it or in any other affiliated or participating undertaking.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 5 ANNEXES

List the required supporting documents that will accompany the Form:

Annex	Description	Reference paragraph	Submitted	
			Yes	No
1	Certified copy of ID card or passport	1.3		
2	Signed solemn declaration of responsibility awareness and compliance with legislation	1.9		
3	Signed solemn declaration of independence of a Board Member	1.11		
4	Copy of the minutes of the relevant appointment decision	1.12		
5	Full Curriculum Vitae and copies of all certificates that you declared you hold in relation to your academic and professional qualifications	2.1		
6	A signed response to questions about the fitness of the Board of Directors	3.2		
7	Detailed answers to the fit and proper assessment of the proposed person	4 (4.1-4.16)		
8	Clean criminal record certificate and non-bankruptcy certificate	4.17		
9	Signed solemn declaration of good financial standing	4.18		



## 6 PERSONAL DATA

The processing of personal data is carried out in accordance with the Law providing for the Protection of Natural Persons with regard to the Processing of Personal Data and for the Free Movement of such Data of 2018 (Law 125(I)/2018) as amended from time to time.

The personal data requested with this Form are stored and processed for the purposes of examining and assessing the present application in accordance with the provisions of the Insurance and Reinsurance Business and Other Related Issues Law of 2016 (Law 38(I)/2016) as amended from time to time.

The management and processing of personal data is done safely and confidentially and is subject to the basic principles of data processing as provided by the General Data Protection Regulation (GDPR).

For any information regarding how personal data is managed, refer to the data protection policy in the website of the Insurance Companies Control Service using the following link <http://mof.gov.cy/en/directorates-units/insurance-companies-control-service>»

7 PROPOSED PERSON'S DECLARATION

I, the undersigned .....(full name) declare responsibly that:

- a) The information provided in this Form and supplied as supporting documentation is accurate and complete to the best of my knowledge and belief and I agree to provide the Superintendent of Insurance and the Insurance Companies Control Service (namely "ICCS") with any supplementary information and clarifications required, in connection with the completion of the examination and assessment of this Form.
- b) I will promptly notify the Superintendent of Insurance and the ICCS of any changes in the information which I have provided and provide in writing, the details of such changes and any other relevant material information included in this Form and in any supporting documentation which I may become aware at any time after the date of this declaration.
- c) I understand that the provision of false, misleading information to the Superintendent of Insurance and the ICCS is an offence in accordance with the provisions of article 403 of the Law.
- d) I hereby authorize the Superintendent of Insurance and the ICCS to make such enquiries and to seek, whenever necessary, further information as they think appropriate and/or exchange such information, as deemed necessary by them, with any third parties including but not limited to my current and previous employers, insurance and reinsurance undertakings, any domestic or foreign banking/ financial/ insurance supervisory/ regulatory authorities etc., for the purpose of verifying the information contained in this Form or in any supporting or explanatory documentation.
- e) I authorize the Superintendent of Insurance and the ICCS to require from the appropriate authorities/ organizations any information deemed necessary for purposes of confirmation of any information and data, included in this Form or in any supporting or explanatory documents.
- f) I understand that any personal data provided to the Superintendent of Insurance, the ICCS and its duly authorized staff will be used to discharge their statutory duties under the provisions of the Law and may be disclosed to third parties for those purposes. I hereby, irrevocably authorize and freely give my explicit consent to the Superintendent of Insurance and the ICCS, with the present declaration and with complete conscience, to treat my personal data, sensitive or not, according to the Protection of Natural Persons with regard to the Processing of Personal Data and for the Free Movement of such Data Law of 2018, as may be amended from time to time.
- g) I understand that all my personal data will be considered confidential, as per the provisions of the above Laws, and will enjoy confidential treatment by the Superintendent of Insurance, the ICCS and its duly authorized and suitably trained for handling such data staff and that any information which concerns me will not be transmitted to any third party except in the cases referred to in Article 29 of the Law and generally in the context of the exercise of statutory powers and of the supervisory responsibilities of the Superintendent of Insurance or following a Court order/ decision.
- h) I understand that according to the General Data Protection Regulation (EU 2016/679) as amended from time to time, I have the right of information and access, the right of requesting corrections and erasure of the data in question as well as the right of objection, and the right to withdraw my consent at any time, all of which should be expressed in writing.
- i) I confirm that I am not involved or have never been engaged, directly or indirectly in any criminal actions or in any activities which might be used in the promotion, advancement, assistance, instigation of economic crime or that could be considered that they might be used in the promotion, advancement, assistance or instigation of economic crime.
- j) I do not object and I give my consent to be called by the Superintendent of Insurance and the ICCS, if deemed appropriate, in a personal interview for the purposes of the assessment of the proposed appointment.
- k) I understand that whenever I am required and/or it is deemed appropriate by the Superintendent of Insurance and the ICCS, I will offer my assistance and cooperation in order to achieve compliance with the above. I, finally, understand that the Superintendent of Insurance, the ICCS and its duly authorized staff will be responsible for the processing of my personal data.

This declaration applies to both current as well as to any future data and information related to me.

Full name .....

Signature.....

Date.....

8 DECLARATION OF THE INSURANCE/ REINSURANCE/ MUTUAL INSURANCE UNDERTAKING

The undersigned confirms that ..... (name of proposed person):

- a) Has personally provided the information included in this Form and in any supporting documentation which was checked by the..... (job title of person who checked the information and the supporting information) of the insurance/ reinsurance/ mutual insurance undertaking\* and has signed this Form in his/her presence.
- b) The information provided by ..... (name of proposed person) to the insurance/ reinsurance/ mutual insurance undertaking\* in relation to the proposed person is what he/she knows and believes to be accurate and complete to the best of his/her knowledge.
- c) Confirms that the insurance/ reinsurance/ mutual insurance undertaking\* will notify the Superintendent of Insurance, ICCS and its duly authorized staff immediately if there is a material change in the information provided.
- d) Confirms that the insurance/ reinsurance/ mutual insurance undertaking\* has requested the full information necessary to assess the proposed person's fitness and propriety, and that it has given due consideration to that information in determining the proposed person to be a fit and proper person.
- e) Confirms that the insurance/ reinsurance/ mutual insurance undertaking\* believes on the basis of due and diligent enquiry and by reference to the fit and proper assessment criteria as laid down in the Law, that the proposed person is a fit and proper person to perform the function as described in this Form.
- f) Confirms that the insurance/ reinsurance/ mutual insurance undertaking\* has made the proposed person aware of the regulatory responsibilities associated with the appointment as described in this Form.
- g) Confirms that he/she has the authority to make this declaration and sign this Form on behalf of the insurance/ reinsurance/ mutual insurance undertaking\*.

Name of insurance/ reinsurance/ mutual insurance undertaking\* .....

Full name .....

Position.....

Signature .....

Date.....

\*Delete what is not applicable