



**ΕΠΙΣΗΜΗ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ
ΤΗΣ ΚΥΠΡΙΑΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ Ι
ΚΑΝΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ**

Αριθμός 5665 Αριθμός 57	Παρασκευή, 4 Φεβρουαρίου 2022	647
--	--------------------------------------	------------

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

Απόφαση σύμφωνα με το άρθρο 2

Ο Έφορος Ασφαλίσεων με απόφασή του όπως προβλέπεται στο άρθρο 2 των περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμων του 2016 - 2021, καθορίζει ότι η μορφή των Τύπων Ε.Α./Δ.1, Ε.Α./Δ.2, Ε.Α./Δ.3, Ε.Α./Δ.5, Ε.Α./Δ.6, Ε.Α./Δ.7, Ε.Α./Δ.8, Ε.Α./Δ.9, Ε.Α./Δ.10, Ε.Α./Δ.11 και Ε.Α./Δ.12, αντικαθίσταται με την ακόλουθη μορφή και αρίθμηση Ε.Α./Δ.1, Ε.Α./Δ.2, Ε.Α./Δ.3, Ε.Α./Δ.4, Ε.Α./Δ.5, Ε.Α./Δ.6, Ε.Α./Δ.7, Ε.Α./Δ.8, Ε.Α./Δ.9 και Ε.Α./Δ.10:

ΚΥΠΡΙΑΚΗ



ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΥΠΟΣ Ε.Α./Δ.1

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ
ΠΟΥ ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΜΕ ΒΑΣΗ
ΤΟΝ ΠΕΡΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ
ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΣΥΝΑΦΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΝΟΜΟ

Αριθμός Πιστοποιητικού:

Δια του παρόντος πιστοποιώ ότι,

.....
.....

εγγράφηκε σήμερα στο Μητρώο

στον Κλάδο

Αυτό το πιστοποιητικό υπόκειται σε ακύρωση οποτεδήποτε.

Εκδόθηκε στη Λευκωσία την ημέρα του μήνα

του έτους δύο χιλιάδες και ισχύει μέχρι την ημέρα του

μήνα του έτους δύο χιλιάδες

.....
Έφορος Ασφαλίσεων

Αρ. Φακέλου: Ε.Α/Β.

ΚΥΠΡΙΑΚΗ



ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΥΠΟΣ Ε.Α./Δ.2

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ
ΠΟΥ ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΜΕ ΒΑΣΗ
ΤΟΝ ΠΕΡΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ
ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΣΥΝΑΦΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΝΟΜΟ

Αριθμός Πιστοποιητικού:

Δια του παρόντος πιστοποιώ ότι,

„„„„„.....

.....

ανανέωσε την εγγραφή του στο Μητρώο

.....

στον Κλάδο

Αυτό το πιστοποιητικό υπόκειται σε ακύρωση οποτεδήποτε.

Εκδόθηκε στη Λευκωσία την ημέρα του μήνα

του έτους δύο χιλιάδες με ημερομηνία ισχύος την ημέρα

του μήνα του έτους δύο χιλιάδες και ισχύει μέχρι

την μέρα του μήνα του έτους δύο χιλιάδες

.....

Έφορος Ασφαλίσεων

Αρ. Φακέλου: Ε.Α/Β.



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ

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

Ο ΠΕΡΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ
ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΣΥΝΑΦΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΝΟΜΟΣ
ΑΙΤΗΣΗ ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΕ ΜΗΤΡΩΟ
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ/ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

Υποβάλλεται σύμφωνα με τις πρόνοιες του περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμου («ο Νόμος») και αφορά στοιχεία που απαιτούνται για προτεινόμενο πρόσωπο για εγγραφή σε μητρώο ασφαλιστικής/αντασφαλιστικής διαμεσολάβησης.

Σημ.: Στο ακόλουθο κείμενο όπου γίνεται αναφορά σε ασφαλιστικό διαμεσολαβητή περιλαμβάνεται και ο αντασφαλιστικός διαμεσολαβητής και όπου γίνεται αναφορά στην ασφάλιση περιλαμβάνεται και η αντασφάλιση.

Οδηγίες για τη συμπλήρωση του παρόντος Τύπου:

1. Ο Τύπος πρέπει να είναι δεόντως συμπληρωμένος και υπογεγραμμένος από τον αιτητή/αιτήτρια.
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

.....

1.2 Ημερομηνία και τόπος γέννησης

Ημερομηνία γέννησης:

Τόπος γέννησης:

1.3 Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας (ΑΔΤ) ή Αρ. Διαβατηρίου

ΑΔΤ:

Χώρα έκδοσης:

Ημερομηνία λήξης:

Αρ. Διαβατηρίου:

Χώρα έκδοσης:

Ημερομηνία λήξης:

1.4 Υπηκοότητα/ες

.....

1.5 Διεύθυνση εργασίας

Οδός και αριθμός:

Τ.Κ.:

Δήμος/Ενορία/Χωριό και Επαρχία:

Χώρα:

1.6 Ταχυδρομική Διεύθυνση

Τ.Θ.:

Τ.Κ.:

1.7 Διεύθυνση διαμονής

Οδός και αριθμός:

Τ.Κ.:

Δήμος/Ενορία/Χωριό και Επαρχία:

Χώρα:

1.8 Στοιχεία επικοινωνίας

Τηλ. εργασίας:

Τηλ. οικίας:

Κινητό:

Φαξ:

Ηλεκτρονική Διεύθυνση:

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

2.1 Σημειώστε στον πιο κάτω πίνακα με √ το Μητρώο στο οποίο επιθυμείτε να εγγραφείτε και τον αντίστοιχο Κλάδο ασφάλισης (Κλάδος Γενικής Φύσεως ή/και Κλάδος Ζωής). Δηλώστε τις ασφαλιστικές εταιρείες ή/και τους ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές για τις/τους οποίες/οποίους θα διεξάγετε εργασίες.

	Μητρώο Εγγραφής	Κλάδος		Ασφαλιστική Εταιρεία ή Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής
		Γενικής Φύσεως	Ζωής	
1	Μητρώο Ασφαλιστικών Πρακτόρων			..... .....
	Μητρώο Ασφαλιστικών Μεσαζόντων			..... .....
	Μητρώο Ασφαλιστικών Συμβούλων			..... .....
2	Μητρώο Συνδεδεμένων Ασφαλιστικών Συμβούλων			..... .....
3	Μητρώο Δευτερεύουσας Δραστηριότητας Διαμεσολαβητών			..... .....
4	Μητρώο Μεσιτών Ασφαλίσεων			Δ/Ε

2.2 Αν έχετε αναφέρει πιο πάνω ότι θα διεξάγετε εργασίες στον Κλάδο Ζωής, σημειώστε με √ αν οι δραστηριότητες διανομής ασφαλιστικών προϊόντων θα ασκούνται σε σχέση με την πώληση βασιζόμενων σε ασφάλιση επενδυτικών προϊόντων:

ΝΑΙ:	ΟΧΙ:
------------	------------

2.3 Σημειώστε με √ αν πρόκειται να ασκείτε εργασίες ασφάλισης ή/και ανασφάλισης:

Εργασίες Ασφάλισης:	Εργασίες Ανασφάλισης:
---------------------------	-----------------------------

2.4 Αναφέρετε αν κατείχατε προηγουμένως ειδική συμμετοχή ή θέση διευθύνοντος προσώπου σε ασφαλιστική/αντασφαλιστική επιχείρηση ή σε εταιρεία ασφαλιστικής/αντασφαλιστικής διαμεσολάβησης ή σε άλλη συναφή επιχείρηση του χρηματοπιστωτικού τομέα, της οποίας επιχείρησης η άδεια ανακλήθηκε για σοβαρή παραβίαση των υποχρεώσεων της. Να δοθούν πλήρεις λεπτομέρειες και στοιχεία που να υποδεικνύουν ότι δεν έχετε συναινέσει ή συμπράξει στην παραβίαση.

.....

ΤΥΠΟΣ Ε.Α./Δ.3

2.5 Σημειώστε με ✓ αν διεξάγετε οποιαδήποτε άλλη εργασία εκτός από τις εργασίες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων:

ΝΑΙ:	ΟΧΙ:
------------	------------

Αν ναι, να παρασχεθούν λεπτομέρειες της εργασίας αυτής.

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

2.6 Σε περίπτωση που εργοδοτείτε υπαλλήλους που θα συμμετέχουν άμεσα στη διανομή ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων, να συμπληρωθούν τα στοιχεία τους:

Όνοματεπώνυμο	Α.Δ.Τ. (ή Διαβατηρίου)
.....
.....
.....
.....
.....

3. ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ/ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ

Η αίτηση πρέπει να συνοδεύεται απαραίτητα από τα ακόλουθα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις που απαιτούνται από τους περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Κανονισμούς («οι Κανονισμοί»).

Σημειώστε με √ τα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις τα οποία θα υποβάλετε.

A/A	√	
1		Απολυτήριο Σχολής Μέσης Εκπαίδευσης ή άλλο ισοδύναμο Πιστοποιητικό.
2		Αν η αίτηση αφορά Μεσίτη Ασφαλίσεων: Αναγνωρισμένο πανεπιστημιακό δίπλωμα ή τίτλο ή άλλο ισότιμο προσόν ή άλλο κατάλληλο επαγγελματικό προσόν σε θέματα συναφή με τις εργασίες/καθήκοντα που πρόκειται να εκτελεί.
3		Πιστοποιητικό Βασικής Ασφαλιστικής Κατάρτισης του Ασφαλιστικού Ινστιτούτου Κύπρου ή άλλου ισοδύναμου ή ανώτερου προσόντος ανάλογα με τον Κλάδο ή τους Κλάδους που γίνεται η αίτηση.
4		Βεβαίωση κατάλληλης πρακτικής εκπαίδευσης ανάλογα με τον Κλάδο ή τους Κλάδους που γίνεται η αίτηση.
5		Πιστοποιητικό λευκού ποινικού μητρώου που εξασφαλίζεται από τον Αρχηγό Αστυνομίας και φέρει ημερομηνία όχι προγενέστερη των τριών μηνών από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης. (Στην περίπτωση που ο αιτητής είναι υπήκοος άλλου κράτους μέλους ή τρίτης χώρας, να υποβληθεί το πιστοποιητικό σύμφωνα με τον Κανονισμό 15)
6		Πιστοποιητικό μη πτώχευσης που εξασφαλίζεται από τον Επίσημο Παραλήπτη και φέρει ημερομηνία όχι προγενέστερη των τριών μηνών από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης. (Στην περίπτωση που ο αιτητής είναι υπήκοος άλλου κράτους μέλους ή τρίτης χώρας, να υποβληθεί το πιστοποιητικό σύμφωνα με τον Κανονισμό 15)
7		Πιστοποιητικό ασφάλισης επαγγελματικής αστικής ευθύνης. (Σημείωση: οι διαμεσολαβητές οφείλουν να διαθέτουν κατά τον χρόνο εγγραφής τους και καθ' όλον τον χρόνο κατά τον οποίο ασκούν δραστηριότητες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων ασφάλιση επαγγελματικής ευθύνης η οποία να καλύπτει το σύνολο του εδάφους της Ε.Ε. και του Ε.Ο.Χ.)
8		Υπεύθυνη δήλωση από το πρόσωπο για το οποίο ο διαμεσολαβητής θα ασκεί εργασίες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων, καθώς και υπεύθυνη δήλωση από τον αιτητή, ότι η σύμβαση διαμεσολάβησης έχει υπογραφεί και από τα δύο μέρη και πληροί όλες τις πρόνοιες των Κανονισμών. (Δεν εφαρμόζεται για Μεσίτη Ασφαλίσεων)
9		Δήλωση από το πρόσωπο για λογαριασμό του οποίου ο αιτητής θα ασκεί εργασίες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων ότι επιθυμεί την εγγραφή του σε ένα από τα προβλεπόμενα Μητρώα. (Δεν εφαρμόζεται για Μεσίτη Ασφαλίσεων)
10		Δήλωση από το πρόσωπο για λογαριασμό του οποίου ο αιτητής θα ασκεί εργασίες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων αφορούσα εξέταση αιτιάσεων (παραπόνων) από τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή σύμφωνα με τις Οδηγίες του Εφόρου Ασφαλίσεων ημερομηνίας 30/1/2015. Η εν λόγω δήλωση δεν απαιτείται εάν περιλαμβάνεται στη σύμβαση διαμεσολάβησης. (Δεν εφαρμόζεται για Συνδεδεμένο Ασφαλιστικό Σύμβουλο ή Μεσίτη Ασφαλίσεων)
11		Σε περίπτωση που ο αιτητής εργοδοτεί υπαλλήλους που θα συμμετέχουν άμεσα στη διανομή ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων, να επισυναφθούν τα ακόλουθα για κάθε υπάλληλο: (α) Απολυτήριο Σχολής Μέσης Εκπαίδευσης ή άλλο ισοδύναμο πιστοποιητικό. (β) Ένα από τα επαγγελματικά προσόντα που καθορίζονται στο Παράρτημα των Κανονισμών. (γ) Βεβαίωση κατάλληλης πρακτικής εκπαίδευσης στον Κλάδο ή στους Κλάδους με τους οποίους ο υπάλληλος πρόκειται να ασχοληθεί.
12		Αν η αίτηση αφορά Μεσίτη Ασφαλίσεων: Βεβαίωση για χρηματοοικονομική ικανότητα που αντιστοιχεί, σε μόνιμη βάση, στο τέσσερα τοις εκατό (4%) των ετήσιων εισπραχθέντων ασφαλιστρών, με ελάχιστο όριο τις δεκαεννέα χιλιάδες πεντακόσια δέκα ευρώ (€19.510) ή όπως αυτό εκάστοτε τροποποιείται.
13		Πληροφορίες αναφορικά με την ταυτότητα των προσώπων που έχουν στενούς δεσμούς με τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή.
14		Πληροφορίες που δεικνύουν ότι οι συμμετοχές ή οι στενοί δεσμοί δεν παρεμποδίζουν την αποτελεσματική άσκηση των εποπτικών καθηκόντων του Εφόρου Ασφαλίσεων.

ΣΗ ΜΕΙΩΣΗ:

Σύμφωνα με το άρθρο 394Κ του Νόμου, υπάρχει υποχρέωση όπως ανακοινώνεται στον Έφορο Ασφαλίσεων κάθε μεταβολή που επέρχεται στις πληροφορίες και στα στοιχεία που περιέχονται στα έγγραφα που κατατίθενται στην παρούσα αίτηση το αργότερο εντός τριάντα (30) ημερών από την επελθούσα μεταβολή. Σε περίπτωση παράβασης της διάταξης αυτής, ο Έφορος Ασφαλίσεων επιβάλλει διοικητικό πρόστιμο ύψους μέχρι εννέα χιλιάδων ευρώ (€9.000).

4. 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 Νόμο 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 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 οποιοσδήποτε 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: <https://www.mof.gov.cy/mof/iccs.nsf>

5. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

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

- α) Οι πληροφορίες που παρέχονται σε αυτό το έντυπο καθώς και οι πληροφορίες που παρέχονται στα 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) 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.
- ε) 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.
- στ) 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.
- ζ) 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.
- η) 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.
- θ) 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 εμένα.

Ημερομηνία

Υπογραφή

Πλήρες όνομα αιτητή/αιτήτριας

*Να διαγραφεί ότι δεν εφαρμόζεται



REPUBLIC OF CYPRUS
 MINISTRY OF FINANCE
 INSURANCE COMPANIES CONTROL SERVICE

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

THE INSURANCE AND REINSURANCE BUSINESS
 AND OTHER RELATED ISSUES LAW
 APPLICATION BY A NATURAL PERSON FOR REGISTRATION
 IN A REGISTER OF INSURANCE/REINSURANCE INTERMEDIATION

STAMP

Submitted in accordance with the provisions of the Insurance and Reinsurance Business and Other Related Issues Law ("the Law") and concerns information required for the registration of a proposed person in a register of insurance/reinsurance intermediation.

Note: In the following text, where reference is made to an insurance intermediary, it includes the reinsurance intermediary and where reference is made to insurance, it includes reinsurance.

Instructions for completing this Form:

1. The Form must be duly completed and signed by the applicant.
2. The blank 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

.....

1.2 Date and place of birth

Date of birth:

Place of birth:

1.3 Identity Card Number (ID) or Passport Number

ID Number:

Country of issue:

Expiration date:

Passport Number:

Country of issue:

Expiration date:

1.4 Nationality/ies

.....

1.5 Work Address

Street Name & Number:

Postal Code:

Municipality/Parish/Village and City:

Country:

1.6 Postal Address

P.O. Box:

Postal Code:

1.7 Residence Address

Street Name & Number:

Postal Code:

Municipality/Parish/Village and City:

Country:

1.8 Contact details

Work Tel. No.:

Residence Tel. No.:

Mobile No.:

Fax:

E-mail:

2. REGISTRATION INFORMATION OF A NATURAL PERSON

2.1 Mark with in the table below the Register in which you wish to register and the corresponding Insurance Class (General and/or Life). State the insurance companies and/or insurance intermediaries for which/whom you will carry out business.

	Register	Class		Insurance Company or Insurance Intermediary
		General	Life	
1	Register of Insurance Agents			..... .....
	Register of Insurance Sub-Agents			..... .....
	Register of Insurance Advisors			..... .....
2	Register of Tied Insurance Advisors			..... .....
3	Register of Ancillary Insurance Intermediaries			..... .....
4	Register of Insurance Brokers			N/A

2.2 If you have stated above that you will be conducting Life business, please mark with whether the insurance product distribution activities will be carried out in connection with the sale of insurance-based investment products:

YES:	NO:
------------	-----------

2.3 Mark with if you are going to carry out insurance and/or reinsurance business:

Insurance:.....	Reinsurance:
-----------------	--------------------

2.4 Indicate if you had previously held a special holding or managerial position in an insurance/reinsurance company or in an insurance/reinsurance intermediation company or other related financial sector company whose license has been revoked for a serious breach of its obligations. Provide full details and information indicating that you have not consented or participated in the violation.

.....

2.5 Mark with ✓ if you carry out any work other than insurance/reinsurance distribution activities:

YES:	NO:
------------	-----------

If yes, provide details of this work

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

2.6 In case you employ personnel who will be directly involved in the distribution of insurance/reinsurance products, fill in their details:

Full name	Identity Card Number (or Passport Number)
.....
.....
.....
.....
.....

3. CERTIFICATES/DECLARATIONS

The application must be accompanied by the following certificates/declarations required by the Insurance and Reinsurance Business and Other Related Issues Regulations ("the Regulations").

Mark with √ the certificates/declarations that you will submit.

A/A	√	
1		High School Diploma or other equivalent Certificate.
2		If the application concerns an Insurance Broker: Recognized university degree or diploma or other equivalent qualification or other appropriate professional qualification in subjects related to the work/duties to be performed.
3		Certificate of Basic Insurance Training of the Cyprus Insurance Institute or other equivalent or higher qualification depending on the Class or Classes for which the application is made.
4		Certificate of appropriate practical training depending on the Class or Classes for which the application is made.
5		A clean criminal record certificate obtained by the Chief of Police and bearing a date not earlier than three months from the date of submission of the application. (If the applicant is a national of another Member State or a third country, the certificate must be submitted in accordance with Regulation 15)
6		Certificate of non-bankruptcy obtained by the Official Receiver and bearing a date not earlier than three months from the date of submission of the application. (If the applicant is a national of another Member State or a third country, the certificate must be submitted in accordance with Regulation 15)
7		Certificate of professional liability insurance. (Note: The intermediaries must have at the time of their initial registration and throughout the time during which they carry out insurance/reinsurance distribution activities professional liability insurance covering the entire territory of the EU and the EEA.)
8		Declaration statement by the person for whom the intermediary will carry out distribution of insurance/reinsurance products, as well as a declaration statement by the applicant, that the intermediation agreement has been signed by both parties and meets all the provisions of the Regulations. (Does not apply to an Insurance Broker)
9		Statement by the person on whose behalf the applicant will carry out distribution of insurance/reinsurance products agreeing to the registration of the applicant in one of the prescribed Registers. (Does not apply to an Insurance Broker)
10		Statement by the person on whose behalf the applicant will carry out distribution of insurance/reinsurance products related to the examination of complaints by the insurance intermediary in accordance with the Orders issued by the Superintendent of Insurance dated 30/1/2015. This statement is not required if it is included in the intermediation agreement. (Does not apply to a Tied Insurance Advisor or an Insurance Broker)
11		In case the applicant employs personnel who will be directly involved in the distribution of insurance/reinsurance products, submit the following documents for each employee: (a) High school diploma or other equivalent certificate. (b) One of the professional qualifications set out in the Annex of the Regulations. (c) Certificate of appropriate practical training in the Class or Classes for which the employee is to be engaged.
12		If the application concerns an Insurance Broker: Confirmation of financial capacity corresponding, on a permanent basis, to four percent (4%) of the annual premiums collected, subject to a minimum of nineteen thousand five hundred and ten euros (€19.510) or as it is amended from time to time.
13		Information regarding the identity of persons who have close links to the insurance intermediary.
14		Information indicating that the holdings or the close links do not prevent the effective exercise of the supervisory duties by the Superintendent of Insurance.

NOTE:

According to article 394K of the Law, there is an obligation to notify the Superintendent of Insurance of any change that occurs in regards to the information and data contained in the documents submitted with this application no later than thirty (30) days from the change. In case of violation of this provision, the Superintendent of Insurance imposes an administrative fine of up to nine thousand euros (€9.000).

4. 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 is 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 on the website of the Insurance Companies Control Service using the following link: <https://www.mof.gov.cy/mof/iccs.nsf>

5. DECLARATION STATEMENT

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

- a) The information provided in this Form and the information provided in the 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 evaluation and examination 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 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 Application Form or in any supporting documents.
- e) 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.
- f) 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 staff for handling such data.
- g) 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.
- h) 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.
- i) 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.

Date:

Signature:

Full name of the applicant:



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ

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

Ο ΠΕΡΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ
ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΣΥΝΑΦΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΝΟΜΟΣ
ΑΙΤΗΣΗ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΕ ΜΗΤΡΩΟ
ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ/ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

Υποβάλλεται σύμφωνα με τις πρόνοιες του περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμου («ο Νόμος») και αφορά στοιχεία που απαιτούνται για προτεινόμενο πρόσωπο για εγγραφή σε μητρώο εταιρειών ασφαλιστικής/αντασφαλιστικής διαμεσολάβησης.

Σημ.: Στο ακόλουθο κείμενο όπου γίνεται αναφορά σε ασφαλιστικό διαμεσολαβητή περιλαμβάνεται και ο αντασφαλιστικός διαμεσολαβητής και όπου γίνεται αναφορά στην ασφάλιση περιλαμβάνεται και η αντασφάλιση. Όπου γίνεται αναφορά σε εταιρεία αυτό αφορά εταιρεία ασφαλιστικής/αντασφαλιστικής διαμεσολάβησης.

Οδηγίες για τη συμπλήρωση του παρόντος Τύπου:

1. Ο Τύπος πρέπει να είναι δεόντως συμπληρωμένος και υπογεγραμμένος από τον αιτητή/αιτήτρια.
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. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

1.1 Επωνυμία της εταιρείας (με κεφαλαία)

1.2 Εμπορική Επωνυμία της εταιρείας, εάν υπάρχει

1.3 Αριθμός εγγραφής της εταιρείας από το Τμήμα Εφόρου Εταιρειών και Επίσημου Παραλήπτη

1.4 Διεύθυνση εγγεγραμμένου γραφείου

Οδός και αριθμός:
Τ.Κ.:
Δήμος/Ενορία/Χωριό και Επαρχία:
Χώρα:

1.5 Ταχυδρομική Διεύθυνση

T.Θ.:
T.Κ.:

1.6 Στοιχεία επικοινωνίας

Τηλ. εργασίας:
Κινητό:
Φαξ:
Ηλεκτρονική Διεύθυνση:
Ιστοσελίδα (Website):

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

2.1 Σημειώστε στον πιο κάτω πίνακα με √ το Μητρώο στο οποίο επιθυμείτε να εγγραφεί η εταιρεία και τον αντίστοιχο Κλάδο ασφάλισης (Κλάδος Γενικής Φύσεως ή/και Κλάδος Ζωής). Δηλώστε τις ασφαλιστικές εταιρείες ή/και τους ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές για τις/τους οποίες/οποίους η εταιρεία θα διεξάγει εργασίες.

	Μητρώο Εγγραφής	Κλάδος		Ασφαλιστική Εταιρεία ή Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής
		Γενικής Φύσεως	Ζωής	
1	Μητρώο Εταιρειών Ασφαλιστικής Πρακτόρευσης			..... .....
	Μητρώο Εταιρειών Ασφαλιστικών Μεσαζόντων			..... .....
	Μητρώο Εταιρειών Ασφαλιστικών Συμβούλων			..... .....
2	Μητρώο Εταιρειών Συνδεδεμένων Ασφαλιστικών Συμβούλων			..... .....
3	Μητρώο Εταιρειών Δευτερεύουσας Δραστηριότητας Διαμεσολαβητών			..... .....
4	Μητρώο Εταιρειών Ασφαλειομεσιτών			Δ/Ε

2.2 Αν έχετε αναφέρει πιο πάνω ότι η εταιρεία θα διεξάγει εργασίες στον Κλάδο Ζωής, σημειώστε με √ αν οι δραστηριότητες διανομής ασφαλιστικών προϊόντων θα ασκούνται σε σχέση με την πώληση βασιζόμενων σε ασφάλιση επενδυτικών προϊόντων:

ΝΑΙ:	ΟΧΙ:
------------	------------

2.3 Σημειώστε με √ αν η εταιρεία πρόκειται να ασκεί εργασίες ασφάλισης ή/και αντασφάλισης:

Εργασίες Ασφάλισης:	Εργασίες Αντασφάλισης:
---------------------------	------------------------------

2.4 Σε περίπτωση που η εταιρεία εργοδοτεί υπαλλήλους (πλην των διευθυνόντων) που θα συμμετέχουν άμεσα στη διανομή ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων, να συμπληρωθούν τα στοιχεία τους:

Όνοματεπώνυμο	Α.Δ.Τ. (ή Διαβατηρίου)
.....
.....
.....
.....
.....

3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο:
Αρ. Δελτίου Ταυτότητας/Αρ. Διαβατηρίου.....
Ιδιότητα αιτητή/αιτήτριας στην εταιρεία:

4. ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ/ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ

Η αίτηση πρέπει να συνοδεύεται απαραίτητα από τα ακόλουθα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις που απαιτούνται από τους περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Κανονισμούς («οι Κανονισμοί»).

Σημειώστε με ✓ τα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις τα οποία θα υποβάλετε.

A/A	✓	
1		Ιδρυτικό Έγγραφο και Καταστατικό της εταιρείας κατάλληλα πιστοποιημένο.
2		Πιστοποιητικό Σύστασης, Διεύθυνσης, Μετόχων και Διευθυντών κατάλληλα πιστοποιημένα.
3		Πιστοποιητικό λευκού ποινικού μητρώου για κάθε διευθυντή που αναφέρεται στο Πιστοποιητικό Διευθυντών του Εφόρου Εταιρειών, που φέρει ημερομηνία όχι προγενέστερη των τριών μηνών από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης και εξασφαλίζεται από τον Αρχηγό Αστυνομίας. (Στην περίπτωση που οι διευθυντές είναι υπήκοοι άλλου κράτους μέλους ή τρίτης χώρας, να υποβληθεί το πιστοποιητικό σύμφωνα με τον Κανονισμό 15)
4		Πιστοποιητικό μη πτώχευσης για κάθε διευθυντή που αναφέρεται στο Πιστοποιητικό Διευθυντών του Εφόρου Εταιρειών, που φέρει ημερομηνία όχι προγενέστερη των τριών μηνών από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης και εξασφαλίζεται από τον Επίσημο Παραλήπτη. (Στην περίπτωση που οι διευθυντές είναι υπήκοοι άλλου κράτους μέλους ή τρίτης χώρας, να υποβληθεί το πιστοποιητικό σύμφωνα με τον Κανονισμό 15)
5		Πιστοποιητικό ασφάλισης επαγγελματικής αστικής ευθύνης στο όνομα της εταιρείας. (Σημείωση: οι διαμεσολαβητές οφείλουν να διαθέτουν κατά τον χρόνο εγγραφής τους και καθ' όλον τον χρόνο κατά τον οποίο ασκούν δραστηριότητες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων ασφάλιση επαγγελματικής ευθύνης η οποία να καλύπτει το σύνολο του εδάφους της Ε.Ε. και του Ε.Ο.Χ.)
6		Υπεύθυνη δήλωση από το πρόσωπο για το οποίο ο διαμεσολαβητής θα ασκεί εργασίες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων, καθώς και υπεύθυνη δήλωση από τον αιτητή, ότι η σύμβαση διαμεσολάβησης έχει υπογραφεί και από τα δύο μέρη και πληροί όλες τις πρόνοιες των Κανονισμών. (Δεν εφαρμόζεται για Εταιρεία Ασφαλειομεσιτών)
7		Δήλωση από το πρόσωπο για λογαριασμό του οποίου η εταιρεία θα ασκεί εργασίες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων ότι επιθυμεί την εγγραφή της σε ένα από τα προβλεπόμενα Μητρώα. (Δεν εφαρμόζεται για Εταιρεία Ασφαλειομεσιτών)
8		Δήλωση από το πρόσωπο για λογαριασμό του οποίου η εταιρεία θα ασκεί εργασίες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων αφορούσα εξέταση αιτιάσεων (παραπόνων) από τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή σύμφωνα με τις Οδηγίες του Εφόρου Ασφαλίσεων ημερομηνίας 30/1/2015. Η εν λόγω δήλωση δεν απαιτείται εάν περιλαμβάνεται στη σύμβαση διαμεσολάβησης. (Δεν εφαρμόζεται για Εταιρεία Συνδεδεμένων Ασφαλιστικών Συμβούλων ή Εταιρεία Ασφαλειομεσιτών)
9		Σε περίπτωση που η εταιρεία εργοδοτεί υπαλλήλους (πλην των διευθυνόντων) που θα συμμετέχουν άμεσα στη διανομή ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων, να επισυναφθούν τα ακόλουθα για κάθε υπάλληλο: (α) Απολυτήριο Σχολής Μέσης Εκπαίδευσης ή άλλο ισοδύναμο πιστοποιητικό. (β) Ένα από τα επαγγελματικά προσόντα που καθορίζονται στο Παράρτημα των Κανονισμών. (γ) Βεβαίωση κατάλληλης πρακτικής εκπαίδευσης στον Κλάδο ή στους Κλάδους με τους οποίους ο υπάλληλος πρόκειται να ασχοληθεί.
10		Αν η αίτηση αφορά Εταιρεία Ασφαλειομεσιτών: Βεβαίωση για χρηματοοικονομική ικανότητα που αντιστοιχεί, σε μόνιμη βάση, στο τέσσερα τοις εκατό (4%) των ετήσιων εισπραχθέντων ασφαλιστρών, με ελάχιστο όριο τις δεκαεννέα χιλιάδες πεντακόσια δέκα ευρώ (€19.510) ή όπως αυτό εκάστοτε τροποποιείται.
11		Αν η αίτηση αφορά Εταιρεία Ασφαλειομεσιτών: Επεξηγηματικό σημείωμα για το 1ο έτος της λειτουργίας, στο οποίο αναγράφεται ο τόπος διεξαγωγής εργασιών, το είδος εργασιών, και ο αναμενόμενος κύκλος εργασιών (σύνολο ασφαλιστρών).
12		Πληροφορίες αναφορικά με την ταυτότητα των προσώπων που έχουν στενούς δεσμούς με τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή.
13		Πληροφορίες που δεικνύουν ότι οι συμμετοχές ή οι στενοί δεσμοί δεν παρεμποδίζουν την αποτελεσματική άσκηση των εποπτικών καθηκόντων του Εφόρου Ασφαλίσεων.
14		Να υποβληθεί ο Τύπος Ε.Α./Δ.11 για κάθε διευθύνοντα.

ΣΗ ΜΕΙΩΣΗ:

Σύμφωνα με το άρθρο 394Κ του Νόμου, υπάρχει υποχρέωση όπως ανακοινώνεται στον Έφορο Ασφαλίσεων κάθε μεταβολή που επέρχεται στις πληροφορίες και στα στοιχεία που περιέχονται στα έγγραφα που κατατίθενται στην παρούσα αίτηση το αργότερο εντός τριάντα (30) ημερών από την επελθούσα μεταβολή. Σε περίπτωση παράβασης της διάταξης αυτής, ο Έφορος Ασφαλίσεων επιβάλλει διοικητικό πρόστιμο ύψους μέχρι εννέα χιλιάδων ευρώ (€9.000).

5. 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 Νόμο 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 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 οποιοσδήποτε 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: <https://www.mof.gov.cy/mof/iccs.nsf>

6. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Εγώ, ο/η* κάτωθι υπογεγραμμένος/η* (πλήρες όνομα)
δηλώνω υπεύθυνα ότι είμαι δεόντως εξουσιοδοτημένος να προβώ στην παρούσα Υπεύθυνη Δήλωση και βεβαιώ πως όλες
οι πληροφορίες που παρέχω είναι ορθές και αληθείς.

Ημερομηνία

Υπογραφή

Πλήρες όνομα αιτητή/αιτήτριας

*Να διαγραφεί ότι δεν εφαρμόζεται



REPUBLIC OF CYPRUS
MINISTRY OF FINANCE
INSURANCE COMPANIES CONTROL SERVICE

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

THE INSURANCE AND REINSURANCE BUSINESS
AND OTHER RELATED ISSUES LAW
APPLICATION OF A LEGAL PERSON FOR THE REGISTRATION
IN A REGISTER OF INSURANCE/REINSURANCE INTERMEDIATION
COMPANIES

STAMP

Submitted in accordance with the provisions of the Insurance and Reinsurance Business and Other Related Issues Law ("the Law") and concerns information required for the registration of a proposed person in a register of insurance/reinsurance intermediation companies.

Note: In the following text, where reference is made to an insurance intermediary, it includes the reinsurance intermediary and where reference is made to insurance, it includes reinsurance. Where reference is made to a company, this concerns an insurance/reinsurance intermediary company.

Instructions for completing this Form:

1. The Form must be duly completed and signed by the applicant.
2. The blank 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. COMPANY INFORMATION

1.1 Name of the company (in capitals)

.....

1.2 Trading Name of the company, if any

.....

1.3 Company registration number from the Companies Registrar and Official Receiver

.....

1.4 Registered Office Address

Street Name & Number:

Postal Code:

Municipality/Parish/Village and City:

Country:

1.5 Postal Address

P.O. Box.....
Postal Code:

1.6 Contact details

Work Tel. No.:
Mobile No.:
Fax:
E-mail:
Website:

2. REGISTRATION INFORMATION OF THE COMPANY

2.1 Mark with √ in the table below the Register in which you wish to register the company and the corresponding Insurance Class (General and/or Life). State the insurance companies and/or insurance intermediaries for which/whom the company will carry out business.

	Register	Class		Insurance Company or Insurance Intermediary
		General	Life	
1	Register of Insurance Agency Companies			..... .....
	Register of Insurance Sub-Agency Companies			..... .....
	Register of Insurance Advisory Companies			..... .....
2	Register of Tied Insurance Advisory Companies			..... .....
3	Register of Ancillary Insurance Intermediation Companies			..... .....
4	Register of Insurance Brokerage Companies			N/A

2.2 If you have stated above that the company will be conducting Life Business, please mark with √ whether the insurance product distribution activities will be carried out in connection with the sale of insurance-based investment products:

YES:	NO:
------------	-----------

2.3 Mark with √ whether the company is going to carry out insurance and/or reinsurance business:

Insurance:	Reinsurance:
------------------	--------------------

2.4 In case the company employs personnel (other than the managers) who will be directly involved in the distribution of insurance/reinsurance products, fill in their details:

Full name	Identity Card Number (or Passport Number)
.....
.....
.....
.....
.....

3. APPLICANT DETAILS

Full Name:
ID Number / Passport Number:
Position of applicant in the company:

4. CERTIFICATES/DECLARATIONS

The application must be accompanied by the following certificates/declarations required by the Insurance and Reinsurance Works and Other Related Issues Regulations ("the Regulations").

Mark with √ the certificates/declarations that you will submit.

A/A	√	
1		Memorandum and Articles of Association of the company properly certified.
2		Certificate of Incorporation, Address, Shareholders and Directors properly certified.
3		Clean criminal record certificate for each director stated in the Directors Certificate of the Registrar of Companies, bearing a date not earlier than three months from the date of submission of the application and is obtained by the Chief of Police. (If the Directors are nationals of another Member State or a third country, the certificate must be submitted in accordance with Regulation 15)
4		Certificate of non-bankruptcy for each director stated in the Certificate of Directors of the Registrar of Companies, bearing a date not earlier than three months from the date of submission of the application and is obtained by the Official Receiver. (If the directors are nationals of another Member State or a third country, the certificate must be submitted in accordance with Regulation 15)
5		Certificate of professional liability insurance in the name of the company. (Note: The intermediaries must have at the time of their initial registration and throughout the time during which they carry out insurance/reinsurance product distribution activities professional liability insurance covering the entire territory of the EU and the EEA)
6		Declaration statement by the person for whom the intermediary will carry out distribution of insurance/reinsurance products, as well as a declaration statement by the applicant, that the intermediation agreement has been signed by both parties and meets all the provisions of the Regulations. (Does not apply to an Insurance Brokerage Company)
7		Statement by the person on whose behalf the company will carry out distribution of insurance/reinsurance products agreeing to the registration of the company in one of the prescribed Registers. (Does not apply to an Insurance Brokerage Company)
8		Statement by the person on whose behalf the company will carry out distribution of insurance/reinsurance products related to the examination of complaints by the insurance intermediary in accordance with the Orders issued by the Superintendent of Insurance dated 30/1/2015. This statement is not required if it is included in the intermediation agreement. (Does not apply to a Tied Insurance Advisory Company or an Insurance Brokerage Company)
9		In case the company employs personnel (other than the managers) who will be directly involved in the distribution of insurance/reinsurance products, submit the following documents for each employee: (a) High school diploma or other equivalent certificate. (b) One of the professional qualifications set out in the Annex of the Regulations. (c) Certificate of appropriate practical training in the Class or Classes for which the employee is to be engaged.
10		If the application concerns an Insurance Brokerage Company: Confirmation of financial capacity corresponding, on a permanent basis, to four percent (4%) of the annual premiums collected, with a minimum of nineteen thousand five hundred and ten euros (€19.510) or as amended from time to time.
11		If the application concerns an Insurance Brokerage Company: Explanatory note for the 1st year of operation, which indicates the place of work, the type of work, and the expected turnover (total premiums).
12		Information regarding the identity of persons who have close links to the insurance intermediary.
13		Information indicating that the participations or close links do not prevent the effective exercise of the supervisory duties by the Superintendent of Insurance.
14		Submit Form E.A./Δ.11 for each manager.

NOTE:

According to article 394K of the Law, there is an obligation to notify the Superintendent of Insurance of any change that occurs in regards to the information and data contained in the documents submitted in this application no later than thirty (30) days from the change. In case of violation of this provision, the Superintendent of insurance imposes an administrative fine of up to nine thousand euros (€9.000).

5. 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 is 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 on the website of the Insurance Companies Control Service using the following link: <https://www.mof.gov.cy/mof/iccs.nsf>

DECLARATION STATEMENT

I, the undersigned (full name) declare responsibly that I am duly authorized to proceed with this Declaration Statement and I certify that all the information I provide is correct and true.

Date:

Signature:

Full name of applicant:



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ

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

Ο ΠΕΡΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ
ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΣΥΝΑΦΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΝΟΜΟΣ
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗ ΩΣ ΔΙΕΥΘΥΝΟΝΤΑΣ ΣΕ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ/ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

Εγώ ο/η υποφαινόμενος/η αιτούμαι να εγγραφώ ως Διευθύνοντας σε Εταιρεία Ασφαλιστικής/Αντασφαλιστικής Διαμεσολάβησης σύμφωνα με τις πρόνοιες του περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμου («ο Νόμος»).

Σημ.: Στο ακόλουθο κείμενο όπου γίνεται αναφορά σε ασφαλιστικό διαμεσολαβητή περιλαμβάνεται και ο αντασφαλιστικός διαμεσολαβητής και όπου γίνεται αναφορά στην ασφάλιση περιλαμβάνεται και η αντασφάλιση. Όπου γίνεται αναφορά σε εταιρεία αυτό αφορά εταιρεία ασφαλιστικής/αντασφαλιστικής διαμεσολάβησης.

Οδηγίες για τη συμπλήρωση του παρόντος Τύπου:

1. Ο Τύπος πρέπει να είναι δεόντως συμπληρωμένος και υπογεγραμμένος από τον αιτητή/αιτήτρια.
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.

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΑΙΤΗΣΗ

.....

1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1 Ονοματεπώνυμο

.....

1.2 Ημερομηνία και τόπος γέννησης

Ημερομηνία γέννησης:

Τόπος γέννησης:

1.3 Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας (ΑΔΤ) ή Αρ. Διαβατηρίου

ΑΔΤ:

Χώρα έκδοσης:

Ημερομηνία λήξης:

Αρ. Διαβατηρίου:

Χώρα έκδοσης:

Ημερομηνία λήξης:

1.4 Υπηκοότητα/ες

.....

1.5 Διεύθυνση εργασίας

Οδός και αριθμός:

Τ.Κ.:

Δήμος/Ενορία/Χωριό και Επαρχία:

Χώρα:

1.6 Ταχυδρομική Διεύθυνση

Τ.Θ.:

Τ.Κ.:

1.7 Διεύθυνση διαμονής

Οδός και αριθμός:

Τ.Κ.:

Δήμος/Ενορία/Χωριό και Επαρχία:

Χώρα:

1.8 Στοιχεία επικοινωνίας

Τηλ. εργασίας:

Τηλ. οικίας:

Κινητό:

Φαξ:

Ηλεκτρονική Διεύθυνση:

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΟΝΤΑ

2.1 Αναφέρετε αν κατείχατε προηγουμένως ειδική συμμετοχή ή θέση διευθύνοντος προσώπου σε ασφαλιστική/αντασφαλιστική επιχείρηση ή σε εταιρεία ασφαλιστικής/αντασφαλιστικής διαμεσολάβησης ή σε άλλη συναφή επιχείρηση του χρηματοπιστωτικού τομέα, της οποίας επιχείρησης η άδεια ανακλήθηκε για σοβαρή παραβίαση των υποχρεώσεών της. Να δοθούν πλήρεις λεπτομέρειες και στοιχεία που να υποδεικνύουν ότι δεν έχετε συναινέσει ή συμπράξει στην παραβίαση.

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

3. ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ/ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ

Η αίτηση πρέπει να συνοδεύεται απαραίτητα από τα ακόλουθα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις που απαιτούνται από τους περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Κανονισμούς του 2016 («οι Κανονισμοί»), όπως αυτοί εκάστοτε τροποποιούνται ή αντικαθίστανται.

Σημειώστε με √ τα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις τα οποία θα υποβάλετε:

A/A	√	
1		Απολυτήριο Σχολής Μέσης Εκπαίδευσης ή άλλο ισοδύναμο Πιστοποιητικό.
2		Αν η αίτηση αφορά εγγραφή Διευθύνοντα σε Εταιρεία Ασφαλειομεσιτών: Αναγνωρισμένο πανεπιστημιακό δίπλωμα ή τίτλο ή άλλο ισότιμο προσόν ή άλλο κατάλληλο επαγγελματικό προσόν σε θέματα συναφή με τις εργασίες/καθήκοντα που πρόκειται να εκτελεί.
3		Πιστοποιητικό Βασικής Ασφαλιστικής Κατάρτισης του Ασφαλιστικού Ινστιτούτου Κύπρου ή άλλου ισοδύναμου ή ανώτερου προσόντος ανάλογα με τον Κλάδο ή τους Κλάδους που γίνεται η αίτηση εγγραφής της εταιρείας.
4		Βεβαίωση κατάλληλης πρακτικής εκπαίδευσης ανάλογα με τον Κλάδο ή τους Κλάδους που γίνεται η αίτηση εγγραφής της εταιρείας.
5		Πιστοποιητικό λευκού ποινικού μητρώου που εξασφαλίζεται από τον Αρχηγό Αστυνομίας και φέρει ημερομηνία όχι προγενέστερη των τριών μηνών από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης. (Στην περίπτωση που ο αιτητής είναι υπήκοος άλλου κράτους μέλους ή τρίτης χώρας, να υποβληθεί το πιστοποιητικό σύμφωνα με τον Κανονισμό 15)
6		Πιστοποιητικό μη πτώχευσης που εξασφαλίζεται από τον Επίσημο Παραλήπτη και φέρει ημερομηνία όχι προγενέστερη των τριών μηνών από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης. (Στην περίπτωση που ο αιτητής είναι υπήκοος άλλου κράτους μέλους ή τρίτης χώρας, να υποβληθεί το πιστοποιητικό σύμφωνα με τον Κανονισμό 15)

ΣΗ ΜΕΙΩΣΗ:

Σύμφωνα με το άρθρο 394Κ του Νόμου, υπάρχει υποχρέωση όπως ανακοινώνεται στον Έφορο Ασφαλίσεων κάθε μεταβολή που επέρχεται στις πληροφορίες και στα στοιχεία που περιέχονται στα έγγραφα που κατατίθενται στην παρούσα αίτηση το αργότερο εντός τριάντα (30) ημερών από την επελθούσα μεταβολή. Σε περίπτωση παράβασης της διάταξης αυτής, ο Έφορος Ασφαλίσεων επιβάλλει διοικητικό πρόστιμο ύψους μέχρι εννέα χιλιάδων ευρώ (€9.000).

4. 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 Νόμο 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 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 οποιεσδήποτε 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: <https://www.mof.gov.cy/mof/iccs.nsf>

5. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

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

- α) Οι πληροφορίες που παρέχονται σε αυτό το έντυπο καθώς και οι πληροφορίες που παρέχονται στα 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) 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.
- ε) 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.
- στ) 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.
- ζ) 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.
- η) 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.
- θ) 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 εμένα.

Ημερομηνία

Υπογραφή

Πλήρες όνομα αιτητή/αιτήτριας

*Να διαγραφεί ότι δεν εφαρμόζεται



REPUBLIC OF CYPRUS
MINISTRY OF FINANCE
INSURANCE COMPANIES CONTROL SERVICE

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

THE INSURANCE AND REINSURANCE BUSINESS
AND OTHER RELATED ISSUES LAW
APPLICATION FOR THE REGISTRATION OF A MANAGER IN AN
INSURANCE/REINSURANCE INTERMEDIATION COMPANY

STAMP

I, the undersigned, apply to register as a manager in an Insurance/Reinsurance Intermediation Company in accordance with the provisions of the Insurance and Reinsurance Business and Other Related Issues Law ("the Law").

Note: In the following text, where reference is made to an insurance intermediary, it includes the reinsurance intermediary and where reference is made to insurance, it includes reinsurance.

Instructions for completing this Form:

1. The Form must be duly completed and signed by the applicant.
2. The blank 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.

NAME OF THE COMPANY FOR WHICH THE APPLICATION IS MADE (in capitals)

.....

1. PERSONAL INFORMATION

1.1 Full Name

.....

1.2 Date and place of birth

Date of birth:

Place of birth:

1.3 Identity Card Number (ID) or Passport Number

ID Number:

Country of issue:

Expiration date:

Passport Number:

Country of issue:

Expiration date:

1.4 Nationality/ies

.....

1.5 Work Address

Street Name & Number:

Postal Code:

Municipality/Parish/Village and City:

Country:

1.6 Postal Address

P.O. Box:

Postal Code:

1.7 Residence Address

Street Name & Number:

Postal Code:

Municipality/Parish/Village and City:

Country:

1.8 Contact details

Work Tel. No.:

Residence Tel. No.:

Mobile No.:

Fax:

E-mail:

2. REGISTRATION INFORMATION OF A MANAGER

2.1 Indicate if you had previously held a special holding or managerial position in an insurance/reinsurance company or in an insurance/reinsurance intermediation company or other related financial sector company whose license has been revoked for a serious breach of its obligations. Provide full details and information indicating that you have not consented or participated in the violation.

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

3. CERTIFICATES/DECLARATIONS

The application must be accompanied by the following certificates/declarations required by the Insurance and Reinsurance Business and Other Related Issues Regulations ("the Regulations").

Mark with the certificates/declarations that you will submit.

A/A	<input checked="" type="checkbox"/>	
1	<input type="checkbox"/>	High School Diploma or other equivalent Certificate.
2	<input type="checkbox"/>	If the application concerns the registration of a manager in an Insurance Brokerage Company: Recognized university degree or diploma or other equivalent qualification or other appropriate professional qualification in subjects related to the work/duties to be performed.
3	<input type="checkbox"/>	Certificate of Basic Insurance Training of the Cyprus Insurance Institute or other equivalent or higher qualification depending on the Class or Classes for which the application of the company's registration is made.
4	<input type="checkbox"/>	Certificate of appropriate practical training depending on the Class or Classes for which the application of the company's registration is made.
5	<input type="checkbox"/>	A clean criminal record certificate obtained by the Chief of Police and bearing a date not earlier than three months from the date of submission of the application. (If the applicant is a national of another Member State or a third country, the certificate must be submitted in accordance with Regulation 15)
6	<input type="checkbox"/>	Certificate of non-bankruptcy obtained by the Official Receiver and bearing a date not earlier than three months from the date of submission of the application. (If the applicant is a national of another Member State or a third country, the certificate must be submitted in accordance with Regulation 15)

NOTE:

According to article 394K of the Law, there is an obligation to notify the Superintendent of Insurance of any change that occurs in regards to the information and data contained in the documents submitted with this application no later than thirty (30) days from the change. In case of violation of this provision, the Superintendent of Insurance imposes an administrative fine of up to nine thousand euros (€9.000).

4. 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 is 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 on the website of the Insurance Companies Control Service using the following link: <https://www.mof.gov.cy/mof/iccs.nsf>

5. DECLARATION STATEMENT

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

- a) The information provided in this Form and the information provided in the 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 evaluation and examination 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 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 Application Form or in any supporting documents.
- e) 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.
- f) 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 staff for handling such data.
- g) 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.
- h) 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.
- i) 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.

Date:

Signature:

Full name of the applicant:



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ

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

Ο ΠΕΡΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ
ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΣΥΝΑΦΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΝΟΜΟΣ
ΑΙΤΗΣΗ ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΓΙΑ ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΕ
ΜΗΤΡΩΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ/ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

Υποβάλλεται σύμφωνα με τις πρόνοιες του περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμου («ο Νόμος») και αφορά στοιχεία που απαιτούνται για προτεινόμενο πρόσωπο για επέκταση εγγραφής σε μητρώο ασφαλιστικής/αντασφαλιστικής διαμεσολάβησης.

Σημ.: Στο ακόλουθο κείμενο όπου γίνεται αναφορά σε ασφαλιστικό διαμεσολαβητή περιλαμβάνεται και ο αντασφαλιστικός διαμεσολαβητής και όπου γίνεται αναφορά στην ασφάλιση περιλαμβάνεται και η αντασφάλιση.

Οδηγίες για τη συμπλήρωση του παρόντος Τύπου:

1. Ο Τύπος πρέπει να είναι δεόντως συμπληρωμένος και υπογεγραμμένος από τον αιτητή/αιτήτρια.
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

.....

1.2 Ημερομηνία και τόπος γέννησης

Ημερομηνία γέννησης:

Τόπος γέννησης:

1.3 Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας (ΑΔΤ) ή Αρ. Διαβατηρίου

ΑΔΤ:

Χώρα έκδοσης:

Ημερομηνία λήξης:

Αρ. Διαβατηρίου:

Χώρα έκδοσης:

Ημερομηνία λήξης:

1.4 Υπηκοότητα/ες

.....

1.5 Διεύθυνση εργασίας

Οδός και αριθμός:

Τ.Κ.:

Δήμος/Ενορία/Χωριό και Επαρχία:

Χώρα:

1.6 Ταχυδρομική Διεύθυνση

Τ.Θ.:

Τ.Κ.:

1.7 Διεύθυνση διαμονής

Οδός και αριθμός:

Τ.Κ.:

Δήμος/Ενορία/Χωριό και Επαρχία:

Χώρα:

1.8 Στοιχεία επικοινωνίας

Τηλ. εργασίας:

Τηλ. οικίας:

Κινητό:

Φαξ:

Ηλεκτρονική Διεύθυνση:

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΕΚΤΑΣΗΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

2.1 Σημειώστε στον πιο κάτω πίνακα με √ το Μητρώο στο οποίο επιθυμείτε να επεκτείνετε τις εργασίες σας και τον αντίστοιχο Κλάδο ασφάλισης (Κλάδος Γενικής Φύσεως ή/και Κλάδος Ζωής). Δηλώστε τις ασφαλιστικές εταιρείες ή/και τους ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές για τις/τους οποίες/οποίους αιτείστε επέκταση της εγγραφής σας.

	Μητρώο Εγγραφής	Κλάδος		Ασφαλιστική Εταιρεία ή Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής
		Γενικής Φύσεως	Ζωής	
1	Μητρώο Ασφαλιστικών Πρακτόρων			..... .....
	Μητρώο Ασφαλιστικών Μεσαζόντων			..... .....
	Μητρώο Ασφαλιστικών Συμβούλων			..... .....
2	Μητρώο Συνδεδεμένων Ασφαλιστικών Συμβούλων			..... .....
3	Μητρώο Δευτερεύουσας Δραστηριότητας Διαμεσολαβητών			..... .....
4	Μητρώο Μεσιτών Ασφαλίσεων			Δ/Ε

2.2 Αν έχετε αναφέρει πιο πάνω ότι θα διεξάγετε εργασίες στον Κλάδο Ζωής, σημειώστε με √ αν οι δραστηριότητες διανομής ασφαλιστικών προϊόντων θα ασκούνται σε σχέση με την πώληση βασιζόμενων σε ασφάλιση επενδυτικών προϊόντων:

ΝΑΙ:	ΟΧΙ:
------------	------------

2.3 Σημειώστε με √ αν πρόκειται να ασκείτε εργασίες ασφάλισης ή/και αντ ασφάλισης:

Εργασίες Ασφάλισης:	Εργασίες Αντ ασφάλισης:
---------------------------	-------------------------------

3. ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ/ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ

Η αίτηση πρέπει να συνοδεύεται απαραίτητα από τα ακόλουθα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις που απαιτούνται από τους περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Κανονισμούς («οι Κανονισμοί»).

Σημειώστε με √ τα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις τα οποία θα υποβάλετε.

A/A	√	
1		Πιστοποιητικό Βασικής Ασφαλιστικής Κατάρτισης του Ασφαλιστικού Ινστιτούτου Κύπρου για τον συγκεκριμένο κλάδο επέκτασης, ή άλλου ισοδύναμου ή ανώτερου προσόντος. [για τον διαμεσολαβητή και τους δηλωθέντες από τον διαμεσολαβητή υπαλλήλους]
2		Βεβαίωση κατάλληλης πρακτικής εκπαίδευσης από ασφαλιστική επιχείρηση ή ασφαλιστικό διαμεσολαβητή για τον συγκεκριμένο κλάδο επέκτασης. [για τον διαμεσολαβητή και τους δηλωθέντες από τον διαμεσολαβητή υπαλλήλους]
3		Πιστοποιητικό λευκού ποινικού μητρώου που εξασφαλίζεται από τον Αρχηγό Αστυνομίας και φέρει ημερομηνία όχι προγενέστερη των τριών μηνών από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης. (Στην περίπτωση που ο αιτητής είναι υπήκοος άλλου κράτους μέλους ή τρίτης χώρας, να υποβληθεί το πιστοποιητικό σύμφωνα με τον Κανονισμό 15)
4		Πιστοποιητικό μη πτώχευσης που εξασφαλίζεται από τον Επίσημο Παραλήπτη και φέρει ημερομηνία όχι προγενέστερη των τριών μηνών από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης. (Στην περίπτωση που ο αιτητής είναι υπήκοος άλλου κράτους μέλους ή τρίτης χώρας, να υποβληθεί το πιστοποιητικό σύμφωνα με τον Κανονισμό 15)
5		Πιστοποιητικό ασφάλισης επαγγελματικής αστικής ευθύνης. [υποβάλλεται εκ νέου μόνο εάν η περίοδος ασφάλισης σύμφωνα με την αρχική υποβληθείσα βεβαίωση έχει λήξει] (Σημείωση: οι διαμεσολαβητές οφείλουν να διαθέτουν κατά τον χρόνο εγγραφής τους και καθ' όλον τον χρόνο κατά τον οποίο ασκούν δραστηριότητες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων ασφάλιση επαγγελματικής ευθύνης η οποία να καλύπτει το σύνολο του εδάφους της Ε.Ε. και του Ε.Ο.Χ.)
6		Υπεύθυνη δήλωση από το πρόσωπο για το οποίο ο διαμεσολαβητής θα ασκεί εργασίες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων, καθώς και υπεύθυνη δήλωση από τον αιτητή, ότι η σύμβαση διαμεσολάβησης έχει υπογραφεί και από τα δύο μέρη και πληροί όλες τις πρόνοιες των Κανονισμών. (Δεν εφαρμόζεται για Μεσίτη Ασφαλίσεων)
7		Δήλωση από το πρόσωπο για λογαριασμό του οποίου ο αιτητής θα ασκεί εργασίες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων ότι επιθυμεί την επέκταση της εγγραφής του σε ένα από τα προβλεπόμενα Μητρώα. (Δεν εφαρμόζεται για Μεσίτη Ασφαλίσεων)
8		Δήλωση από το πρόσωπο για λογαριασμό του οποίου ο αιτητής θα ασκεί εργασίες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων αφορούσα εξέταση αιτιάσεων (παραπόνων) από τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή σύμφωνα με τις Οδηγίες του Εφόρου Ασφαλίσεων ημερομηνίας 30/1/2015. Η εν λόγω δήλωση δεν απαιτείται εάν περιλαμβάνεται στη σύμβαση διαμεσολάβησης. (Δεν εφαρμόζεται για Συνδεδεμένο Ασφαλιστικό Σύμβουλο ή Μεσίτη Ασφαλίσεων)
9		Αν η αίτηση αφορά Μεσίτη Ασφαλίσεων: Βεβαίωση για χρηματοοικονομική ικανότητα που αντιστοιχεί, σε μόνιμη βάση, στο τέσσερα τοις εκατό (4%) των ετήσιων εισπραχθέντων ασφαλιστρών, με ελάχιστο όριο τις δεκαεννέα χιλιάδες πεντακόσια δέκα ευρώ (€19.510) ή όπως αυτό εκάστοτε τροποποιείται.
10		Πληροφορίες αναφορικά με την ταυτότητα των προσώπων που έχουν στενούς δεσμούς με τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή.
11		Πληροφορίες που δεικνύουν ότι οι συμμετοχές ή οι στενοί δεσμοί δεν παρεμποδίζουν την αποτελεσματική άσκηση των εποπτικών καθηκόντων του Εφόρου Ασφαλίσεων.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ:

Σύμφωνα με το άρθρο 394Κ του Νόμου, υπάρχει υποχρέωση όπως ανακοινώνεται στον Έφορο Ασφαλίσεων κάθε μεταβολή που επέρχεται στις πληροφορίες και στα στοιχεία που περιέχονται στα έγγραφα που κατατίθενται στην παρούσα αίτηση το αργότερο εντός τριάντα (30) ημερών από την επελθούσα μεταβολή. Σε περίπτωση παράβασης της διάταξης αυτής, ο Έφορος Ασφαλίσεων επιβάλλει διοικητικό πρόστιμο ύψους μέχρι εννέα χιλιάδων ευρώ (€9.000).

4. 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 Νόμο 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 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 οποιοσδήποτε 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: <https://www.mof.gov.cy/mof/iccs.nsf>

5. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

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

- α) Οι πληροφορίες που παρέχονται σε αυτό το έντυπο καθώς και οι πληροφορίες που παρέχονται στα 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) 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.
- ε) 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.
- στ) 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.
- ζ) 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.
- η) 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.
- θ) 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 εμένα.

Ημερομηνία

Υπογραφή

Πλήρες όνομα αιτητή/αιτήτριας

*Να διαγραφεί ότι δεν εφαρμόζεται



REPUBLIC OF CYPRUS
MINISTRY OF FINANCE
INSURANCE COMPANIES CONTROL SERVICE

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

THE INSURANCE AND REINSURANCE BUSINESS
AND OTHER RELATED ISSUES LAW
APPLICATION BY A NATURAL PERSON FOR THE EXTENSION
OF REGISTRATION IN A REGISTER OF INSURANCE/REINSURANCE
INTERMEDIATION

STAMP

Submitted in accordance with the provisions of the Insurance and Reinsurance Business and Other Related Issues Law ("the Law") and concerns information required for the extension of registration of a proposed person in a register of insurance/reinsurance intermediation.

Note: In the following text, where reference is made to an insurance intermediary, it includes the reinsurance intermediary and where reference is made to insurance, it includes reinsurance.

Instructions for completing this Form:

1. The Form must be duly completed and signed by the applicant.
2. The blank 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

.....

1.2 Date and place of birth

Date of birth:

Place of birth:

1.3 Identity Card Number (ID) or Passport Number

ID Number:

Country of issue:

Expiration date:

Passport Number:

Country of issue:

Expiration date:

1.4 Nationality/ies

.....

1.5 Work Address

Street Name & Number:

Postal Code:

Municipality/Parish/Village and City:

Country:

1.6 Postal Address

P.O. Box:

Postal Code:

1.7 Residence Address

Street Name & Number:

Postal Code:

Municipality/Parish/Village and Province:

Country:

1.8 Contact details

Work Tel. No:

Residence Tel. No.:

Mobile No:

Fax:

E-mail:

2. INFORMATION FOR REGISTRATION EXTENSION OF A NATURAL PERSON

2.1 Mark with in the table below the Register in which you wish to extent your business and the corresponding Insurance Class (General and/or Life). State the insurance companies and/or insurance intermediaries for which you are applying for an extension of your registration.

	Register	Class		Insurance Company or Insurance Intermediary
		General	Life	
1	Register of Insurance Agents			..... .....
	Register of Insurance Sub-Agents			..... .....
	Register of Insurance Advisors			..... .....
2	Register of Tied Insurance Advisors			..... .....
3	Register of Ancillary Insurance Intermediaries			..... .....
4	Register of Insurance Brokers			N/A

2.2 If you have stated above that you will be conducting Life business, please mark with whether the insurance product distribution activities will be carried out in connection with the sale of insurance-based investment products:

YES:	NO:
------------	-----------

2.3 Mark with if you are going to carry out insurance and/or reinsurance business:

Insurance:	Reinsurance:
------------------	--------------------

3. CERTIFICATES/DECLARATIONS

The application must be accompanied by the following certificates/declarations required by the Insurance and Reinsurance Business and Other Related Issues Regulations ("the Regulations").

Mark with the certificates/declarations that you will submit.

A/A	<input checked="" type="checkbox"/>	
1	<input type="checkbox"/>	Certificate of Basic Insurance Training of the Cyprus Insurance Institute for the specific class of extension, or other equivalent or higher qualification. (for the intermediary and the employees declared by the intermediary)
2	<input type="checkbox"/>	Certificate of appropriate practical training by the insurance company or insurance intermediary for the specific class of extension. (for the intermediary and the employees declared by the intermediary)
3	<input type="checkbox"/>	A clean criminal record certificate obtained by the Chief of Police and bearing a date not earlier than three months from the date of submission of the application. (If the applicant is a national of another Member State or a third country, the certificate must be submitted in accordance with Regulation 15).
4	<input type="checkbox"/>	Certificate of non-bankruptcy obtained by the Official Receiver and bearing a date not earlier than three months from the date of submission of the application. (If the applicant is a national of another Member State or a third country, the certificate must be submitted in accordance with Regulation 15).
5	<input type="checkbox"/>	Certificate of professional liability insurance. [resubmitted only if the insurance period according to the original submitted certificate has expired] (Note: The intermediaries must have at the time of their initial registration and throughout the time during which they carry out insurance/reinsurance distribution activities professional liability insurance covering the entire territory of the EU and the EEA).
6	<input type="checkbox"/>	Declaration statement by the person for whom the intermediary will carry out distribution of insurance/reinsurance products, as well as a declaration statement by the applicant, that the intermediation agreement has been signed by both parties and meets all the provisions of the Regulations. (Does not apply to an Insurance Broker)
7	<input type="checkbox"/>	Statement by the person on whose behalf the applicant will carry out distribution of insurance/reinsurance products agreeing to the extension of the registration of the applicant in one of the prescribed Registers. (Does not apply to an Insurance Broker).
8	<input type="checkbox"/>	Statement by the person on whose behalf the applicant will carry out distribution of insurance/reinsurance products related to the examination of complaints by the insurance intermediary in accordance with the Orders issued by the Superintendent of Insurance dated 30/1/2015. This statement is not required if it is included in the intermediation agreement. (Does not apply to a Tied Insurance Advisor or an Insurance Broker).
9	<input type="checkbox"/>	If the application concerns an Insurance Broker: Confirmation of financial capacity corresponding, on a permanent basis, to four percent (4%) of the annual premiums collected, with a minimum of nineteen thousand five hundred and ten euros (€19.510) or as amended from time to time.
10	<input type="checkbox"/>	Information regarding the identity of persons who have close links to the insurance intermediary.
11	<input type="checkbox"/>	Information indicating that the participations or close links do not prevent the effective exercise of the supervisory duties by the Superintendent of Insurance.

NOTE:

According to article 394K of the Law, there is an obligation to notify the Superintendent of Insurance of any change that occurs in regards to the information and data contained in the documents submitted in this application no later than thirty (30) days from the change. In case of violation of this provision, the Superintendent of Insurance imposes an administrative fine of up to nine thousand euros (€9.000).

4. 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 is 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 on the website of the Insurance Companies Control Service using the following link: <https://www.mof.gov.cy/mof/iccs.nsf>

5. DECLARATION STATEMENT

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

- a) The information provided in this Form and the information provided in the 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 evaluation and examination 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 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 Application Form or in any supporting documents.
- e) 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.
- f) 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 staff for handling such data.
- g) 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.
- h) 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.
- i) 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.

Date:

Signature:

Full name of the applicant:



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ

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

Ο ΠΕΡΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ
ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΣΥΝΑΦΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΝΟΜΟΣ
ΑΙΤΗΣΗ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΓΙΑ ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΕ
ΜΗΤΡΩΟ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ/ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ
ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

Υποβάλλεται σύμφωνα με τις πρόνοιες του περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμου («ο Νόμος») και αφορά στοιχεία που απαιτούνται για προτεινόμενο πρόσωπο για επέκταση εγγραφής σε μητρώο εταιρειών ασφαλιστικής/αντασφαλιστικής διαμεσολάβησης.

Σημ.: Στο ακόλουθο κείμενο όπου γίνεται αναφορά σε ασφαλιστικό διαμεσολαβητή περιλαμβάνεται και ο αντασφαλιστικός διαμεσολαβητής και όπου γίνεται αναφορά στην ασφάλιση περιλαμβάνεται και η αντασφάλιση. Όπου γίνεται αναφορά σε εταιρεία αυτό αφορά εταιρεία ασφαλιστικής/αντασφαλιστικής διαμεσολάβησης.

Οδηγίες για τη συμπλήρωση του παρόντος Τύπου:

1. Ο Τύπος πρέπει να είναι δεόντως συμπληρωμένος και υπογεγραμμένος από τον αιτητή/αιτήτρια.
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. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

1.1 Επωνυμία της εταιρείας (με κεφαλαία)

1.2 Εμπορική Επωνυμία της εταιρείας, εάν υπάρχει

1.3 Αριθμός εγγραφής της εταιρείας από το Τμήμα Εφόρου Εταιρειών και Επίσημου Παραλήπτη

1.4 Διεύθυνση εγγεγραμμένου γραφείου

Οδός και αριθμός:

Τ.Κ.:

Δήμος/Ενορία/Χωριό και Επαρχία:

Χώρα:

1.5 Ταχυδρομική Διεύθυνση

T.Θ.:
T.K.:

1.6 Στοιχεία επικοινωνίας

Τηλ. εργασίας:
Κινητό:
Φαξ:
Ηλεκτρονική Διεύθυνση:
Ιστοσελίδα (Website):

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΕΚΤΑΣΗΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

2.1 Σημειώστε στον πιο κάτω πίνακα με √ το Μητρώο στο οποίο επιθυμείτε επέκταση εγγραφής της εταιρείας και τον αντίστοιχο Κλάδο ασφάλισης (Κλάδος Γενικής Φύσεως ή/και Κλάδος Ζωής). Δηλώστε τις ασφαλιστικές εταιρείες ή/και τους ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές για τις/τους οποίες/οποίους αιτείστε επέκταση εγγραφής της εταιρείας.

	Μητρώο Εγγραφής	Κλάδος		Ασφαλιστική Εταιρεία ή Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής
		Γενικής Φύσεως	Ζωής	
1	Μητρώο Εταιρειών Ασφαλιστικής Πρακτόρευσης			..... .....
	Μητρώο Εταιρειών Ασφαλιστικών Μεσαζόντων			..... .....
	Μητρώο Εταιρειών Ασφαλιστικών Συμβούλων			..... .....
2	Μητρώο Εταιρειών Συνδεδεμένων Ασφαλιστικών Συμβούλων			..... .....
3	Μητρώο Εταιρειών Δευτερεύουσας Δραστηριότητας Διαμεσολαβητών			..... .....
4	Μητρώο Εταιρειών Ασφαλισομεσιτών			Δ/Ε

2.2 Αν έχετε αναφέρει πιο πάνω ότι η εταιρεία θα διεξάγει εργασίες στον Κλάδο Ζωής, σημειώστε με √ αν οι δραστηριότητες διανομής ασφαλιστικών προϊόντων θα ασκούνται σε σχέση με την πώληση βασισμένων σε ασφάλιση επενδυτικών προϊόντων:

ΝΑΙ:	ΟΧΙ:
------------	------------

2.3 Σημειώστε με √ αν η εταιρεία πρόκειται να ασκεί εργασίες ασφάλισης ή/και ανασφάλισης:

Εργασίες Ασφάλισης:	Εργασίες Ανασφάλισης:
---------------------------	-----------------------------

3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο:
Αρ. Δελτίου Ταυτότητας/Αρ. Διαβατηρίου:
Ιδιότητα αιτητή/αιτήτριας στην εταιρεία:

4. ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ/ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ

Η αίτηση πρέπει να συνοδεύεται απαραίτητα από τα ακόλουθα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις που απαιτούνται από τους περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Κανονισμούς («οι Κανονισμοί»).

Σημειώστε με √ τα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις τα οποία θα υποβάλετε.

A/A	√	
1		Πιστοποιητικό Σύστασης, Διεύθυνσης, Μετόχων και Διευθυντών κατάλληλα πιστοποιημένα.
2		Πιστοποιητικό Βασικής Ασφαλιστικής Κατάρτισης του Ασφαλιστικού Ινστιτούτου Κύπρου για τον συγκεκριμένο κλάδο επέκτασης, ή άλλου ισοδύναμου ή ανώτερου προσόντος. [για τους διευθύνοντες στην εταιρεία και τους δηλωθέντες από την εταιρεία υπαλλήλους]
3		Βεβαίωση κατάλληλης πρακτικής εκπαίδευσης από ασφαλιστική επιχείρηση ή ασφαλιστικό διαμεσολαβητή για τον συγκεκριμένο κλάδο επέκτασης. [για τους διευθύνοντες στην εταιρεία και τους δηλωθέντες από την εταιρεία υπαλλήλους]
4		Πιστοποιητικό λευκού ποινικού μητρώου που εξασφαλίζεται από τον Αρχηγό Αστυνομίας και φέρει ημερομηνία όχι προγενέστερη των τριών μηνών από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης. [ισχύει για τους διευθυντές που αναφέρονται στο Πιστοποιητικό Διευθυντών του Εφόρου Εταιρειών και για τους διευθύνοντες στην εταιρεία] (Στην περίπτωση που οι διευθυντές ή/και οι διευθύνοντες είναι υπήκοοι άλλου κράτους μέλους ή τρίτης χώρας, να υποβληθεί το πιστοποιητικό σύμφωνα με τον Κανονισμό 15)
5		Πιστοποιητικό μη πτώχευσης που εξασφαλίζεται από τον Επίσημο Παραλήπτη και φέρει ημερομηνία όχι προγενέστερη των τριών μηνών από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης. [ισχύει για τους διευθυντές που αναφέρονται στο Πιστοποιητικό Διευθυντών του Εφόρου Εταιρειών και για τους διευθύνοντες στην εταιρεία] (Στην περίπτωση που οι διευθυντές ή/και οι διευθύνοντες είναι υπήκοοι άλλου κράτους μέλους ή τρίτης χώρας, να υποβληθεί το πιστοποιητικό σύμφωνα με τον Κανονισμό 15)
6		Πιστοποιητικό ασφάλισης επαγγελματικής αστικής ευθύνης στο όνομα της εταιρείας. [υποβάλλεται εκ νέου μόνο εάν η περίοδος ασφάλισης σύμφωνα με την αρχική υποβληθείσα βεβαίωση έχει λήξει] (Σημείωση: οι διαμεσολαβητές οφείλουν να διαθέτουν κατά τον χρόνο εγγραφής τους και καθ' όλον τον χρόνο κατά τον οποίο ασκούν δραστηριότητες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων ασφάλιση επαγγελματικής ευθύνης η οποία να καλύπτει το σύνολο του εδάφους της Ε.Ε. και του Ε.Ο.Χ.)
7		Υπεύθυνη δήλωση από το πρόσωπο για το οποίο ο διαμεσολαβητής θα ασκεί εργασίες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων, καθώς και υπεύθυνη δήλωση από τον αιτητή, ότι η σύμβαση διαμεσολάβησης έχει υπογραφεί και από τα δύο μέρη και πληροί όλες τις προνοιες των Κανονισμών. (Δεν εφαρμόζεται για Εταιρεία Ασφαλειομεσιτών)
8		Δήλωση από το πρόσωπο για λογαριασμό του οποίου η εταιρεία θα ασκεί εργασίες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων ότι επιθυμεί την επέκταση της εγγραφής της σε ένα από τα προβλεπόμενα Μητρώα. (Δεν εφαρμόζεται για Εταιρεία Ασφαλειομεσιτών)
9		Δήλωση από το πρόσωπο για λογαριασμό του οποίου η εταιρεία θα ασκεί εργασίες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων αφορούσα εξέταση αιτιάσεων (παραπόνων) από τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή σύμφωνα με τις Οδηγίες του Εφόρου Ασφαλίσεων ημερομηνίας 30/1/2015. Η εν λόγω δήλωση δεν απαιτείται εάν περιλαμβάνεται στη σύμβαση διαμεσολάβησης. (Δεν εφαρμόζεται για Εταιρεία Συνδεδεμένων Ασφαλιστικών Συμβούλων ή Εταιρεία Ασφαλειομεσιτών)
10		Αν η αίτηση αφορά Εταιρεία Ασφαλειομεσιτών: Βεβαίωση για χρηματοοικονομική ικανότητα που αντιστοιχεί, σε μόνιμη βάση, στο τέσσερα τοις εκατό (4%) των ετήσιων εισπραχθέντων ασφαλίσεων, με ελάχιστο όριο τις δεκαεννέα χιλιάδες πεντακόσια δέκα ευρώ (€19.510) ή όπως αυτό εκάστοτε τροποποιείται.
11		Πληροφορίες αναφορικά με την ταυτότητα των προσώπων που έχουν στενούς δεσμούς με τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή.
12		Πληροφορίες πουδεικνύουν ότι οι συμμετοχές ή οι στενοί δεσμοί δεν παρεμποδίζουν την αποτελεσματική άσκηση των εποπτικών καθηκόντων του Εφόρου Ασφαλίσεων.

ΣΗ ΜΕΙΩΣΗ:

Σύμφωνα με το άρθρο 394Κ του Νόμου, υπάρχει υποχρέωση όπως ανακοινώνεται στον Έφορο Ασφαλίσεων κάθε μεταβολή που επέρχεται στις πληροφορίες και στα στοιχεία που περιέχονται στα έγγραφα που κατατίθενται στην παρούσα αίτηση το αργότερο εντός τριάντα (30) ημερών από την επελθούσα μεταβολή. Σε περίπτωση παράβασης της διάταξης αυτής, ο Έφορος Ασφαλίσεων επιβάλλει διοικητικό πρόστιμο ύψους μέχρι εννέα χιλιάδων ευρώ (€9.000).

5. 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 Νόμο 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 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 οποιοσδήποτε 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: <https://www.mof.gov.cy/mof/iccs.nsf>

6. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Εγώ, ο/η* κάτωθι υπογεγραμμένος/η* (πλήρες όνομα)
δηλώνω υπεύθυνα ότι είμαι δεόντως εξουσιοδοτημένος να προβώ στην παρούσα Υπεύθυνη Δήλωση και βεβαιώ πως όλες
οι πληροφορίες που παρέχω είναι ορθές και αληθείς.

Ημερομηνία

Υπογραφή

Πλήρες όνομα αιτητή/αιτήτριας

*Να διαγραφεί ότι δεν εφαρμόζεται



REPUBLIC OF CYPRUS
MINISTRY OF FINANCE
INSURANCE COMPANIES CONTROL SERVICE

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

THE INSURANCE AND REINSURANCE BUSINESS
AND OTHER RELATED ISSUES LAW
APPLICATION OF A LEGAL PERSON FOR THE EXTENSION OF
REGISTRATION IN A REGISTER OF INSURANCE/REINSURANCE
INTERMEDIATION COMPANIES

STAMP

Submitted in accordance with the provisions of the Insurance and Reinsurance Business and Other Related Issues Law ("the Law") and concerns information required for the extension of registration of a proposed person in a register of insurance/reinsurance intermediation companies.

Note: In the following text, where reference is made to an insurance intermediary, it includes the reinsurance intermediary and where reference is made to insurance, it includes reinsurance. Where reference is made to a company, this concerns an insurance/reinsurance intermediary company.

Instructions for completing this Form:

1. The Form must be duly completed and signed by the applicant.
2. The blank 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 a N/A in the blank space.

1. COMPANY INFORMATION

1.1 Name of the company (in capitals)

.....

1.2 Trading Name of the company, if any

.....

1.3 Company registration number from the Companies Registrar and Official Receiver

.....

1.4 Registered Office Address

Street Name & Number:
Postal Code:
Municipality /Parish/Village and City:
Country:

1.5 Postal Address

P.O. Box:
Postal Code:

1.6 Contact details

Work Tel. No.:
Mobile No.:
Fax:
E-mail:
Website:

2. INFORMATION FOR REGISTRATION EXTENSION OF THE COMPANY

2.1 Mark with in the table below the Register in which you wish to extend your business and the corresponding Insurance Class (General and/or Life). State the insurance companies and/or insurance intermediaries for which/whom you are applying for a registration extension of the company.

	Register	Class		Insurance Company or Insurance Intermediary
		General	Life	
1	Register of Insurance Agency Companies			..... .....
	Register of Insurance Sub-Agency Companies			..... .....
	Register of Insurance Advisory Companies			..... .....
2	Register of Tied Insurance Advisory Companies			..... .....
3	Register of Ancillary Insurance Intermediation Companies			..... .....
4	Register of Insurance Brokerage Companies			N/A

2.2 If you have stated above that the company will be conducting Life Business, please mark with √ whether the insurance product distribution activities will be carried out in connection with the sale of insurance-based investment products:

YES:	NO:
------------	-----------

2.3 Mark with √ whether the company is going to carry out insurance and/or reinsurance business:

Insurance:	Reinsurance:
------------------	--------------------

3. APPLICANT DETAILS

Full Name:.....
ID Number / Passport Number:
Position of applicant in the company:

4. CERTIFICATES/DECLARATIONS

The application must be accompanied by the following certificates/declarations required by the Insurance and Reinsurance Works and Other Related Issues Regulations ("the Regulations").

Mark with √ the certificates/declarations that you will submit.

A/A	√	
1		Certificate of Incorporation, Address, Shareholders and Directors properly certified.
2		Certificate of Basic Insurance Training of the Cyprus Insurance Institute for the specific class of extension, or other equivalent or higher qualification. [for the managers of the company and the employees declared by the company]
3		Certificate of appropriate practical training by the insurance company or insurance intermediary for the specific class of extension. [for the managers of the company and the employees declared by the company]
4		A clean criminal record certificate obtained by the Chief of Police and bearing a date not earlier than three months from the date of submission of the application. [applies to the directors mentioned in the Certificate of Directors of the Registrar of Companies and the managers of the company] (If the directors and/or managers are nationals of another Member State or a third country, the certificate must be submitted in accordance with Regulation 15)
5		Certificate of non-bankruptcy obtained by the Official Receiver and bearing a date not earlier than three months from the date of submission of the application. [applies to the directors mentioned in the Certificate of Directors of the Registrar of Companies and the managers of the company] (If the directors and/or managers are nationals of another Member State or a third country, the certificate must be submitted in accordance with Regulation 15)
6		Certificate of professional liability insurance in the name of the company. [resubmitted only if the insurance period according to the original submitted certificate has expired] (Note: The intermediaries must have at the time of their initial registration and throughout the time during which they carry out insurance/reinsurance product distribution activities professional liability insurance covering the entire territory of the EU and the EEA)
7		Declaration statement by the person for whom the intermediary will carry out distribution of insurance/reinsurance products, as well as a declaration statement by the applicant, that the intermediation agreement has been signed by both parties and meets all the provisions of the Regulations. (Does not apply to an Insurance Brokerage Company)
8		Statement by the person on whose behalf the company will carry out distribution of insurance/reinsurance products agreeing to the extension of its registration in one of the prescribed Registers. (Does not apply to an Insurance Brokerage Company)
9		Statement by the person on whose behalf the company will carry out distribution of insurance/reinsurance products related to the examination of complaints by the insurance intermediary in accordance with the Orders issued by the Superintendent of Insurance dated 30/1/2015. This statement is not required if it is included in the intermediation agreement. (Does not apply to a Tied Insurance Advisory Company or an Insurance Brokerage Company)
10		If the application concerns an Insurance Brokerage Company: Confirmation of financial capacity corresponding, on a permanent basis, to four percent (4%) of the annual premiums collected, with a minimum of nineteen thousand five hundred and ten euros (€19.510) or as amended from time to time.
11		Information regarding the identity of persons who have close links to the insurance intermediary.
12		Information that indicates that the participations or close links do not prevent the effective exercise of the supervisory duties by the Superintendent of Insurance.

NOTE:

According to article 394K of the Law, there is an obligation to notify the Superintendent of Insurance of any change that occurs in regards to the information and data contained in the documents submitted in this application no later than thirty (30) days from the change. In case of violation of this provision, the Superintendent of Insurance imposes an administrative fine of up to nine thousand euros (€9.000).

5. 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 is 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 on the website of the Insurance Companies Control Service using the following link: <https://www.mof.gov.cy/mof/iccs.nsf>

6. DECLARATION STATEMENT

I, the undersigned(full name) declare responsibly that I am duly authorized to proceed with this Declaration Statement and I certify that all the information I provide is correct and true.

Date:

Signature:

Full name of applicant:



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ

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

Ο ΠΕΡΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ
ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΣΥΝΑΦΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΝΟΜΟΣ
ΑΙΤΗΣΗ ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΓΙΑ ΑΝΑΝΕΩΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΕ
ΜΗΤΡΩΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ/ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

Υποβάλλεται σύμφωνα με τις πρόνοιες του περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμου («ο Νόμος») και αφορά στοιχεία που απαιτούνται για προτεινόμενο πρόσωπο για ανανέωση εγγραφής σε μητρώο ασφαλιστικής/αντασφαλιστικής διαμεσολάβησης.

Σημ.: Στο ακόλουθο κείμενο όπου γίνεται αναφορά σε ασφαλιστικό διαμεσολαβητή περιλαμβάνεται και ο αντασφαλιστικός διαμεσολαβητής και όπου γίνεται αναφορά στην ασφάλιση περιλαμβάνεται και η αντασφάλιση.

Οδηγίες για τη συμπλήρωση του παρόντος Τύπου:

1. Ο Τύπος πρέπει να είναι δεόντως συμπληρωμένος και υπογεγραμμένος από τον αιτητή/αιτήτρια.
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

.....

1.2 Ημερομηνία και τόπος γέννησης

Ημερομηνία γέννησης:

Τόπος γέννησης:

1.3 Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας (ΑΔΤ) ή Αρ. Διαβατηρίου

ΑΔΤ:

Χώρα έκδοσης:

Ημερομηνία λήξης:

Αρ. Διαβατηρίου:

Χώρα έκδοσης:

Ημερομηνία λήξης:

1.4 Υπηκοότητα/ες

.....

1.5 Διεύθυνση εργασίας

Οδός και αριθμός:

Τ.Κ.:

Δήμος/Ενορία/Χωριό και Επαρχία:

Χώρα:

1.6 Ταχυδρομική Διεύθυνση

Τ.Θ.:

Τ.Κ.:

1.7 Διεύθυνση διαμονής

Οδός και αριθμός:

Τ.Κ.:

Δήμος/Ενορία/Χωριό και Επαρχία:

Χώρα:

1.8 Στοιχεία επικοινωνίας

Τηλ. εργασίας:

Τηλ. οικίας:

Κινητό:

Φαξ:

Ηλεκτρονική Διεύθυνση:

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

2.1 Σημειώστε στον πιο κάτω πίνακα με \checkmark το Μητρώο στο οποίο επιθυμείτε να ανανεώσετε την εγγραφή σας και τον αντίστοιχο Κλάδο ασφάλισης (Κλάδος Γενικής Φύσεως ή/και Κλάδος Ζωής). Δηλώστε τις ασφαλιστικές εταιρείες ή/και τους ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές για τις/τους οποίες/οποίους αιτείστε ανανέωση της εγγραφής σας.

	Μητρώο Εγγραφής	Κλάδος		Ασφαλιστική Εταιρεία ή Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής
		Γενικής Φύσεως	Ζωής	
1	Μητρώο Ασφαλιστικών Πρακτόρων			..... .....
	Μητρώο Ασφαλιστικών Μεσαζόντων			..... .....
	Μητρώο Ασφαλιστικών Συμβούλων			..... .....
2	Μητρώο Συνδεδεμένων Ασφαλιστικών Συμβούλων			..... .....
3	Μητρώο Δευτερεύουσας Δραστηριότητας Διαμεσολαβητών			..... .....
4	Μητρώο Μεσιτών Ασφαλίσεων			Δ/Ε

2.2 Αν έχετε αναφέρει πιο πάνω ότι θα διεξάγετε εργασίες στον Κλάδο Ζωής, σημειώστε με \checkmark αν οι δραστηριότητες διανομής ασφαλιστικών προϊόντων θα ασκούνται σε σχέση με την πώληση βασιζόμενων σε ασφάλιση επενδυτικών προϊόντων:

ΝΑΙ:	ΟΧΙ:
------------	------------

2.3 Σημειώστε με \checkmark αν πρόκειται να ασκείτε εργασίες ασφάλισης ή/και ανασφάλισης:

Εργασίες Ασφάλισης:	Εργασίες Ανασφάλισης:
---------------------------	-----------------------------

2.4 Σημειώστε με \checkmark αν διεξάγετε οποιαδήποτε άλλη εργασία εκτός από τις εργασίες διανομής ασφαλιστικών/ανασφαλιστικών προϊόντων:

ΝΑΙ:	ΟΧΙ:
------------	------------

Αν ναι, να παρασχεθούν λεπτομέρειες της εργασίας αυτής.

.....

2.5 Σε περίπτωση που εργοδοτείτε υπαλλήλους που θα συμμετέχουν άμεσα στη διανομή ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων, να συμπληρωθούν τα στοιχεία τους:

Όνοματεπώνυμο	Α.Δ.Τ. (ή Διαβατηρίου)
.....
.....
.....
.....
.....

3. ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ/ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ

Η αίτηση πρέπει να συνοδεύεται απαραίτητα από τα ακόλουθα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις που απαιτούνται από τους περι Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Κανονισμούς («οι Κανονισμοί»).

Σημειώστε με √ τα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις τα οποία θα υποβάλετε.

A/A	√	
1		Υπεύθυνη δήλωση ότι έχουν καλυφθεί όλες οι απαιτήσεις συνεχούς επαγγελματικής κατάρτισης και εξέλιξης σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 361 του Νόμου και του Κανονισμού 33, μαζί με κατάλογο της σχετικής εκπαίδευσης. [για τον διαμεσολαβητή και τους δηλωθέντες από τον διαμεσολαβητή υπαλλήλους]
2		Βεβαίωση κατάλληλης πρακτικής εκπαίδευσης σε περίπτωση που έχουν μεταβληθεί οποιαδήποτε δεδομένα που αφορούν τις εργασίες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων. [για τον διαμεσολαβητή και τους δηλωθέντες από τον διαμεσολαβητή υπαλλήλους]
3		Πιστοποιητικό λευκού ποινικού μητρώου που εξασφαλίζεται από τον Αρχηγό Αστυνομίας και φέρει ημερομηνία όχι προγενέστερη των τριών μηνών από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης. (Στην περίπτωση που ο αιτητής είναι υπήκοος άλλου κράτους μέλους ή τρίτης χώρας, να υποβληθεί το πιστοποιητικό σύμφωνα με τον Κανονισμό 15)
4		Πιστοποιητικό μη πτώχευσης που εξασφαλίζεται από τον Επίσημο Παραλήπτη και φέρει ημερομηνία όχι προγενέστερη των τριών μηνών από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης. (Στην περίπτωση που ο αιτητής είναι υπήκοος άλλου κράτους μέλους ή τρίτης χώρας, να υποβληθεί το πιστοποιητικό σύμφωνα με τον Κανονισμό 15)
5		Πιστοποιητικό ασφάλισης επαγγελματικής αστικής ευθύνης. (Σημείωση: οι διαμεσολαβητές οφείλουν να διαθέτουν κατά τον χρόνο εγγραφής τους και καθ' όλον τον χρόνο κατά τον οποίο ασκούν δραστηριότητες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων ασφάλιση επαγγελματικής ευθύνης η οποία να καλύπτει το σύνολο του εδάφους της Ε.Ε. και του Ε.Ο.Χ.)
6		Δήλωση από το πρόσωπο για λογαριασμό του οποίου ο αιτητής ασκεί εργασίες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων ότι επιθυμεί την ανανέωση της εγγραφής του σε ένα από τα προβλεπόμενα Μητρώα. (Δεν εφαρμόζεται για Μεσίτη Ασφαλίσεων)
7		Δήλωση από το πρόσωπο για λογαριασμό του οποίου ο αιτητής ασκεί εργασίες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων αφορούσα εξέταση αιτιάσεων (παραπόνων) από τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή σύμφωνα με τις Οδηγίες του Εφόρου Ασφαλίσεων ημερομηνίας 30/1/2015. Η εν λόγω δήλωση δεν απαιτείται εάν περιλαμβάνεται στη σύμβαση διαμεσολάβησης. (Δεν εφαρμόζεται για Συνδεδεμένο Ασφαλιστικό Σύμβουλο ή Μεσίτη Ασφαλίσεων)
8		Αν η αίτηση αφορά Μεσίτη Ασφαλίσεων: Αντίγραφο κατάστασης κατανομής εργασιών στις ασφαλιστικές/αντασφαλιστικές επιχειρήσεις με τις οποίες συνεργάστηκε ο διαμεσολαβητής κατά τον λήξαν έτος.
9		Αν η αίτηση αφορά Μεσίτη Ασφαλίσεων: Βεβαίωση για χρηματοοικονομική ικανότητα που αντιστοιχεί, σε μόνιμη βάση, στο τέσσερα τοις εκατό (4%) των ετήσιων εισπραχθέντων ασφαλιστρων, με ελάχιστο όριο τις δεκαεννέα χιλιάδες πεντακόσια δέκα ευρώ (€19.510) ή όπως αυτό εκάστοτε τροποποιείται.

ΣΗ ΜΕΙΩΣΗ:

Σύμφωνα με το άρθρο 394Κ του Νόμου, υπάρχει υποχρέωση όπως ανακοινώνεται στον Έφορο Ασφαλίσεων κάθε μεταβολή που επέρχεται στις πληροφορίες και στα στοιχεία που περιέχονται στα έγγραφα που κατατίθενται στην παρούσα αίτηση το αργότερο εντός τριάντα (30) ημερών από την επελευθέρωση μεταβολή. Σε περίπτωση παράβασης της διάταξης αυτής, ο Έφορος Ασφαλίσεων επιβάλλει διοικητικό πρόστιμο ύψους μέχρι εννέα χιλιάδων ευρώ (€9.000).

4. 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 Νόμο 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 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 οποιεσδήποτε 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: <https://www.mof.gov.cy/mof/iccs.nsf>

5. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

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

α) Οι πληροφορίες που παρέχονται σε αυτό το έντυπο καθώς και οι πληροφορίες που παρέχονται στα 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) 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.

ε) 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.

στ) 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.

ζ) 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.

η) 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.

θ) 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 εμένα.

Ημερομηνία

Υπογραφή

Πλήρες όνομα αιτητή/αιτήτριας

*Να διαγραφεί ότι δεν εφαρμόζεται



REPUBLIC OF CYPRUS
 MINISTRY OF FINANCE
 INSURANCE COMPANIES CONTROL SERVICE

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

THE INSURANCE AND REINSURANCE BUSINESS
 AND OTHER RELATED ISSUES LAW
 APPLICATION BY A NATURAL PERSON FOR THE RENEWAL OF
 REGISTRATION IN A REGISTER OF INSURANCE/REINSURANCE
 INTERMEDIATION

STAMP

Submitted in accordance with the provisions of the Insurance and Reinsurance Business and Other Related Issues Law ("the Law") and concerns information required for the registration renewal of a proposed person in a register of insurance/reinsurance intermediation.

Note: In the following text, where reference is made to an insurance intermediary, it includes the reinsurance intermediary and where reference is made to insurance, it includes reinsurance.

Instructions for completing this Form:

1. The Form must be duly completed and signed by the applicant.
2. The blank 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

.....

1.2 Date and place of birth

Date of birth:

Place of birth:

1.3 Identity Card Number (ID) or Passport Number

ID Number:

Country of issue:

Expiration date:

Passport Number:

Country of issue:

Expiration date:

1.4 Nationality/ies

.....

1.5 Work Address

Street Name & Number:

Postal Code:

Municipality/Parish/Village and City:

Country:

1.6 Postal Address

P.O. Box:

Postal Code:

1.7 Residence Address

Street Name & Number:

Postal Code:

Municipality/Parish/Village and City:

Country:

1.8 Contact details

Work Tel. No.:

Residence Tel. No.:

Mobile No.:

Fax:

E-mail:

2. RENEWAL INFORMATION OF A NATURAL PERSON

2.1 Mark with √ in the table below the Register in which you wish to renew your registration and the corresponding Insurance Class (General and/or Life). State the insurance companies and/or insurance intermediaries for which/whom you are applying a registration renewal.

	Register	Class		Insurance Company or Insurance Intermediary
		General	Life	
1	Register of Insurance Agents			..... .....
	Register of Insurance Sub-Agents			..... .....
	Register of Insurance Advisors			..... .....
2	Register of Tied Insurance Advisors			..... .....
3	Register of Ancillary Insurance Intermediaries			..... .....
4	Register of Insurance Brokers			N/A

2.2 If you have stated above that you will be conducting Life business, please mark with √ whether the insurance product distribution activities will be carried out in connection with the sale of insurance-based investment products:

YES:	NO:
------------	-----------

2.3 Mark with √ if you are going to carry out insurance and/or reinsurance business:

Insurance:.....	Reinsurance:
-----------------	--------------------

2.4 Mark with √ if you carry out any work other than insurance/reinsurance distribution activities:

YES:	NO:
------------	-----------

If yes, provide details of this work

.....

2.5 In case you employ personnel who will be directly involved in the distribution of insurance/reinsurance products, fill in their details:

Full name	Identity Card Number (or Passport Number)
.....
.....
.....
.....
.....

3. CERTIFICATES/DECLARATIONS

The application must be accompanied by the following certificates/declarations required by the Insurance and Reinsurance Business and Other Related Issues Regulations ("the Regulations").

Mark with the certificates/declarations that you will submit.

A/A	<input checked="" type="checkbox"/>	
1	<input type="checkbox"/>	Declaration statement that all the requirements of continuous professional training and development have been met in accordance with the provisions of article 361 of the Law and Regulation 33, together with a list of the relevant training. (for the intermediary and the employees declared by the intermediary)
2	<input type="checkbox"/>	Certificate of appropriate practical training in case any data related to the distribution of insurance / reinsurance products have changed. (for the intermediary and the employees declared by the intermediary)
3	<input type="checkbox"/>	A clean criminal record certificate obtained by the Chief of Police and bearing a date not earlier than three months from the date of submission of the application. (If the applicant is a national of another Member State or a third country, the certificate must be submitted in accordance with Regulation 15)
4	<input type="checkbox"/>	Certificate of non-bankruptcy obtained by the Official Receiver and bearing a date not earlier than three months from the date of submission of the application. (If the applicant is a national of another Member State or a third country, the certificate must be submitted in accordance with Regulation 15)
5	<input type="checkbox"/>	Certificate of professional liability insurance. (Note: the intermediaries must have at the time of their initial registration and throughout the time during which they carry out insurance/reinsurance distribution activities professional liability insurance covering the entire territory of the EU and the EEA)
6	<input type="checkbox"/>	Statement by the person on whose behalf the applicant will carry out distribution of insurance/reinsurance products agreeing to the renewal of his/her registration in one of the prescribed Registers. (Does not apply to an Insurance Broker)
7	<input type="checkbox"/>	Statement by the person on whose behalf the applicant carries out distribution of insurance/reinsurance products related to the examination of complaints by the insurance intermediary in accordance with the Orders issued by the Superintendent of Insurance dated 30/1/2015. This statement is not required if it is included in the intermediation agreement. (Does not apply to a Tied Insurance Advisor or an Insurance Broker)
8	<input type="checkbox"/>	If the application concerns an Insurance Broker: A copy of the business distribution list of the insurance / reinsurance companies with which the intermediary cooperated during the previous year.
9	<input type="checkbox"/>	If the application concerns an Insurance Broker: Confirmation of financial capacity corresponding, on a permanent basis, to four percent (4%) of the annual premiums collected, with a minimum of nineteen thousand five hundred and ten euros (€19.510) or as amended from time to time.

NOTE:

According to article 394K of the Law, there is an obligation to notify the Superintendent of Insurance of any change that occurs in regards to the information and data contained in the documents submitted with this application no later than thirty (30) days from the change. In case of violation of this provision, the Superintendent of Insurance imposes an administrative fine of up to nine thousand euros (€9.000).

4. 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 is 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 on the website of the Insurance Companies Control Service using the following link: <https://www.mof.gov.cy/mof/iccs.nsf>

5. DECLARATION STATEMENT

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

- a) The information provided in this Form and the information provided in the 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 evaluation and examination 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 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 Application Form or in any supporting documents.
- e) 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.
- f) 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 staff for handling such data.
- g) 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.
- h) 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.
- i) 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.

Date:

Signature:

Full name of the applicant:



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ

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

Ο ΠΕΡΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ
ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΣΥΝΑΦΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΝΟΜΟΣ
ΑΙΤΗΣΗ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΓΙΑ ΑΝΑΝΕΩΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΕ
ΜΗΤΡΩΟ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ/ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ
ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

Υποβάλλεται σύμφωνα με τις πρόνοιες του περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμου («ο Νόμος») και αφορά στοιχεία που απαιτούνται για προτεινόμενο πρόσωπο για ανανέωση εγγραφής σε μητρώο εταιρειών ασφαλιστικής/αντασφαλιστικής διαμεσολάβησης.

Σημ.: Στο ακόλουθο κείμενο όπου γίνεται αναφορά σε ασφαλιστικό διαμεσολαβητή περιλαμβάνεται και ο αντασφαλιστικός διαμεσολαβητής και όπου γίνεται αναφορά στην ασφάλιση περιλαμβάνεται και η αντασφάλιση. Όπου γίνεται αναφορά σε εταιρεία αυτό αφορά εταιρεία ασφαλιστικής/αντασφαλιστικής διαμεσολάβησης.

Οδηγίες για τη συμπλήρωση του παρόντος Τύπου:

1. Ο Τύπος πρέπει να είναι δεόντως συμπληρωμένος και υπογεγραμμένος από τον αιτητή/αιτήτρια.
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. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

1.1 Επωνυμία της εταιρείας (με κεφαλαία)

.....

1.2 Εμπορική Επωνυμία της εταιρείας, εάν υπάρχει

.....

1.3 Αριθμός εγγραφής της εταιρείας από το Τμήμα Εφόρου Εταιρειών και Επίσημου Παραλήπτη

.....

1.4 Διεύθυνση εγγεγραμμένου γραφείου

Οδός και αριθμός:

Τ.Κ.:

Δήμος/Ενορία/Χωριό και Επαρχία:

Χώρα :

1.5 Ταχυδρομική Διεύθυνση

T.Θ.:
T.Κ.:

1.6 Στοιχεία επικοινωνίας

Τηλ. εργασίας:
Κινητό:
Φαξ:
Ηλεκτρονική Διεύθυνση:
Ιστοσελίδα (Website):

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

2.1 Σημειώστε στον πιο κάτω πίνακα με √ το Μητρώο στο οποίο επιθυμείτε ανανέωση εγγραφής της εταιρείας και τον αντίστοιχο Κλάδο ασφάλισης (Κλάδος Γενικής Φύσεως ή/και Κλάδος Ζωής). Δηλώστε τις ασφαλιστικές εταιρείες ή/και τους ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές για τις/τους οποίες/οποίους αιτείστε ανανέωση εγγραφής της εταιρείας.

	Μητρώο Εγγραφής	Κλάδος		Ασφαλιστική Εταιρεία ή Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής
		Γενικής Φύσεως	Ζωής	
1	Μητρώο Εταιρειών Ασφαλιστικής Πρακτόρευσης			..... .....
	Μητρώο Εταιρειών Ασφαλιστικών Μεσαζόντων			..... .....
	Μητρώο Εταιρειών Ασφαλιστικών Συμβούλων			..... .....
2	Μητρώο Εταιρειών Συνδεδεμένων Ασφαλιστικών Συμβούλων			..... .....
3	Μητρώο Εταιρειών Δευτερεύουσας Δραστηριότητας Διαμεσολαβητών			..... .....
4	Μητρώο Εταιρειών Ασφαλειομεσιτών			Δ/Ε

2.2 Αν έχετε αναφέρει πιο πάνω ότι η εταιρεία θα διεξάγει εργασίες στον Κλάδο Ζωής, σημειώστε με √ αν οι δραστηριότητες διανομής ασφαλιστικών προϊόντων θα ασκούνται σε σχέση με την πώληση βασισόμενων σε ασφάλιση επενδυτικών προϊόντων:

ΝΑΙ:	ΟΧΙ:
------------	------------

2.3 Σημειώστε με √ αν η εταιρεία πρόκειται να ασκεί εργασίες ασφάλισης ή/και αντασφάλισης:

Εργασίες Ασφάλισης:	Εργασίες Αντασφάλισης:
---------------------------	------------------------------

2.4 Σε περίπτωση που η εταιρεία εργοδοτεί υπαλλήλους (πλην των διευθυνόντων) που θα συμμετέχουν άμεσα στη διανομή ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων, να συμπληρωθούν τα στοιχεία τους:

Όνοματεπώνυμο	Α.Δ.Τ. (ή Διαβατηρίου)
.....
.....
.....
.....
.....

3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο:
Αρ. Δελτίου Ταυτότητας/Αρ. Διαβατηρίου:
Ιδιότητα αιτητή/αιτήτριας στην εταιρεία:

4. ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ/ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ

Η αίτηση πρέπει να συνοδεύεται απαραίτητα από τα ακόλουθα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις που απαιτούνται από τους περι Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Κανονισμούς («οι Κανονισμοί»).

Σημειώστε με √ τα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις τα οποία θα υποβάλετε.

A/A	√	
1		Υπεύθυνη δήλωση ότι έχουν καλυφθεί όλες οι απαιτήσεις συνεχούς επαγγελματικής κατάρτισης και εξέλιξης σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 361 του Νόμου και του Κανονισμού 33, μαζί με κατάλογο της σχετικής εκπαίδευσης. [για τους διευθύνοντες στην εταιρεία και τους δηλωθέντες από την εταιρεία υπαλλήλους]
2		Βεβαίωση κατάλληλης πρακτικής εκπαίδευσης σε περίπτωση που έχουν μεταβληθεί οποιαδήποτε δεδομένα που αφορούν τις εργασίες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων. [για τους διευθύνοντες στην εταιρεία και τους δηλωθέντες από την εταιρεία υπαλλήλους]
3		Πιστοποιητικό λευκού ποινικού μητρώου που εξασφαλίζεται από τον Αρχηγό Αστυνομίας και φέρει ημερομηνία όχι προγενέστερη των τριών μηνών από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης. [ισχύει για τους διευθυντές που αναφέρονται στο Πιστοποιητικό Διευθυντών του Εφόρου Εταιρειών και για τους διευθύνοντες στην εταιρεία] (Στην περίπτωση που οι διευθυντές ή/και οι διευθύνοντες είναι υπήκοοι άλλου κράτους μέλους ή τρίτης χώρας, να υποβληθεί το πιστοποιητικό σύμφωνα με τον Κανονισμό 15)
4		Πιστοποιητικό μη πτώχευσης που εξασφαλίζεται από τον Επίσημο Παραλήπτη και φέρει ημερομηνία όχι προγενέστερη των τριών μηνών από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης. [ισχύει για τους διευθυντές που αναφέρονται στο Πιστοποιητικό Διευθυντών του Εφόρου Εταιρειών και για τους διευθύνοντες στην εταιρεία] (Στην περίπτωση που οι διευθυντές ή/και οι διευθύνοντες είναι υπήκοοι άλλου κράτους μέλους ή τρίτης χώρας, να υποβληθεί το πιστοποιητικό σύμφωνα με τον Κανονισμό 15)
5		Πιστοποιητικό ασφάλισης επαγγελματικής αστικής ευθύνης στο όνομα της εταιρείας. (Σημείωση: οι διαμεσολαβητές οφείλουν να διαθέτουν κατά τον χρόνο εγγραφής τους και καθ' όλον τον χρόνο κατά τον οποίο ασκούν δραστηριότητες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων ασφάλιση επαγγελματικής ευθύνης η οποία να καλύπτει το σύνολο του εδάφους της Ε.Ε. και του Ε.Ο.Χ.)
6		Δήλωση από το πρόσωπο για λογαριασμό του οποίου η εταιρεία θα ασκεί εργασίες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων ότι επιθυμεί την ανανέωση της εγγραφής της σε ένα από τα προβλεπόμενα Μητρώα. (Δεν εφαρμόζεται για Εταιρεία Ασφαλειομεσιτών)
7		Δήλωση από το πρόσωπο για λογαριασμό του οποίου η εταιρεία θα ασκεί εργασίες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων αφορούσα εξέταση αιτιάσεων (παραπόνων) από τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή σύμφωνα με τις Οδηγίες του Εφόρου Ασφαλίσεων ημερομηνίας 30/1/2015. Η εν λόγω δήλωση δεν απαιτείται εάν περιλαμβάνεται στη σύμβαση διαμεσολάβησης. (Δεν εφαρμόζεται για Εταιρεία Συνδεδεμένων Ασφαλιστικών Συμβούλων ή Εταιρεία Ασφαλειομεσιτών)
8		Βεβαίωση από κάθε ασφαλιστική επιχείρηση για λογαριασμό της οποίας διεξάγει εργασίες ασφαλιστικής/αντασφαλιστικής διαμεσολάβησης για τον κύκλο εργασιών της εταιρείας για το έτος που έληξε. (Δεν εφαρμόζεται για Εταιρεία Ασφαλειομεσιτών)
9		Αν η αίτηση αφορά Εταιρεία Ασφαλειομεσιτών: Αντίγραφο κατάστασης κατανομής εργασιών στις ασφαλιστικές/αντασφαλιστικές επιχειρήσεις με τις οποίες συνεργάστηκε ο διαμεσολαβητής κατά το λήξαν έτος.
10		Αν η αίτηση αφορά Εταιρεία Ασφαλειομεσιτών: Βεβαίωση για χρηματοοικονομική ικανότητα που αντιστοιχεί, σε μόνιμη βάση, στο τέσσερα τοις εκατό (4%) των ετήσιων εισπραχθέντων ασφαλιστρών, με ελάχιστο όριο τις δεκαεννέα χιλιάδες πεντακόσια δέκα ευρώ (€19.510) ή όπως αυτό εκάστοτε τροποποιείται.

ΣΗ ΜΕΙΩΣΗ:

Σύμφωνα με το άρθρο 394Κ του Νόμου, υπάρχει υποχρέωση όπως ανακοινώνεται στον Έφορο Ασφαλίσεων κάθε μεταβολή που επέρχεται στις πληροφορίες και στα στοιχεία που περιέχονται στα έγγραφα που κατατίθενται στην παρούσα αίτηση το αργότερο εντός τριάντα (30) ημερών από την επελευθέρωση μεταβολή. Σε περίπτωση παράβασης της διάταξης αυτής, ο Έφορος Ασφαλίσεων επιβάλλει διοικητικό πρόστιμο ύψους μέχρι εννέα χιλιάδων ευρώ (€9.000).

5. 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 Νόμο 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 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 οποιοσδήποτε 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: <https://www.mof.gov.cy/mof/iccs.nsf>

6. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Εγώ, ο/η* κάτωθι υπογεγραμμένος/η* (πλήρες όνομα)
δηλώνω υπεύθυνα ότι είμαι δεόντως εξουσιοδοτημένος να προβώ στην παρούσα Υπεύθυνη Δήλωση και βεβαιώ πως όλες
οι πληροφορίες που παρέχω είναι ορθές και αληθείς.

Ημερομηνία

Υπογραφή

Πλήρες όνομα αιτητή/αιτήτριας

*Να διαγραφεί ότι δεν εφαρμόζεται



REPUBLIC OF CYPRUS
MINISTRY OF FINANCE
INSURANCE COMPANIES CONTROL SERVICE

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

THE INSURANCE AND REINSURANCE BUSINESS
AND OTHER RELATED ISSUES LAW
APPLICATION OF A LEGAL PERSON FOR THE RENEWAL OF
REGISTRATION IN A REGISTER OF INSURANCE/REINSURANCE
INTERMEDIATION COMPANIES

STAMP

Submitted in accordance with the provisions of the Insurance and Reinsurance Business and Other Related Issues Law ("the Law") and concerns information required for the registration renewal of a proposed person in a register of insurance/reinsurance intermediation companies.

Note: In the following text, where reference is made to an insurance intermediary, it includes the reinsurance intermediary and where reference is made to insurance, it includes reinsurance. Where reference is made to a company, this concerns an insurance/reinsurance intermediary company.

Instructions for completing this Form:

1. The Form must be duly completed and signed by the applicant.
2. The blank 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 a N/A in the blank space.

1. COMPANY INFORMATION

1.1 Name of the company (in capitals)

.....

1.2 Trading Name of the company, if any

.....

1.3 Company registration number from the Companies Registrar and Official Receiver

.....

1.4 Registered Office Address

Street Name & Number:

Postal Code:

Municipality /Parish/Village and City:

Country:

1.5 Postal Address

P.O. Box:
Postal Code:

1.6 Contact details

Work Tel. No.:
Mobile No.:
Fax:
E-mail:
Website:

2. RENEWAL INFORMATION OF THE COMPANY

2.1 Mark with \checkmark in the table below the Register in which you wish to renew the company's registration and the corresponding Insurance Class (General and/or Life). State the insurance companies and/or insurance intermediaries for which/whom you are applying a company registration renewal.

	Register	Class		Insurance Company or Insurance Intermediary
		General	Life	
1	Register of Insurance Agency Companies			..... .....
	Register of Insurance Sub-Agency Companies			..... .....
	Register of Insurance Advisory Companies			..... .....
2	Register of Tied Insurance Advisory Companies			..... .....
3	Register of Ancillary Insurance Intermediation Companies			..... .....
4	Register of Insurance Brokerage Companies			N/A

2.2 If you have stated above that the company will be conducting Life Business, please mark with √ whether the insurance product distribution activities will be carried out in connection with the sale of insurance-based investment products:

YES:	NO:
------------	-----------

2.3 Mark with √ whether the company is going to carry out insurance and/or reinsurance business:

Insurance:	Reinsurance:
------------------	--------------------

2.4 In case the company employs personnel (other than the managers) who will be directly involved in the distribution of insurance/reinsurance products, fill in their details:

Full name	Identity Card Number (or Passport Number)
.....
.....
.....
.....
.....

3. APPLICANT DETAILS

Full Name:
ID Number / Passport Number:
Position of applicant in the company:

4. CERTIFICATES/DECLARATIONS

The application must be accompanied by the following certificates/declarations required by the Insurance and Reinsurance Works and Other Related Issues Regulations ("the Regulations").

Mark with the certificates/declarations that you will submit.

A/A	<input checked="" type="checkbox"/>	
1	<input type="checkbox"/>	Declaration statement that all the requirements of continuous professional training and development have been met in accordance with the provisions of article 361 of the Law and Regulation 33, together with a list of the relevant training. (for the managers of the company and the employees declared by the company)
2	<input type="checkbox"/>	Certificate of appropriate practical training in case any data related to the distribution of insurance / reinsurance products have changed. [for the managers of the company and the employees declared by the company]
3	<input type="checkbox"/>	A clean criminal record certificate obtained by the Chief of Police and bearing a date not earlier than three months from the date of submission of the application. [applies to the directors mentioned in the Certificate of Directors of the Registrar of Companies and the managers of the company] (If the directors and/or managers are nationals of another Member State or a third country, the certificate must be submitted in accordance with Regulation 15)
4	<input type="checkbox"/>	Certificate of non-bankruptcy obtained by the Official Receiver and bearing a date not earlier than three months from the date of submission of the application. [applies to the directors mentioned in the Certificate of Directors of the Registrar of Companies and the managers of the company] (If the directors and/or managers are nationals of another Member State or a third country, the certificate must be submitted in accordance with Regulation 15)
5	<input type="checkbox"/>	Certificate of professional liability insurance in the name of the company. (Note: The intermediaries must have at the time of their initial registration and throughout the time during which they carry out insurance/reinsurance product distribution activities professional liability insurance covering the entire territory of the EU and the EEA)
6	<input type="checkbox"/>	Statement by the person on whose behalf the company will carry out distribution of insurance/reinsurance products agreeing to the company's registration renewal in one of the prescribed Registers. (Does not apply to an Insurance Brokerage Company)
7	<input type="checkbox"/>	Statement by the person on whose behalf the company will carry out distribution of insurance/reinsurance products related to the examination of complaints by the insurance intermediary in accordance with the Orders issued by the Superintendent of Insurance dated 30/1/2015. This statement is not required if it is included in the intermediation agreement. (Does not apply to a Tied Insurance Advisory Company or an Insurance Brokerage Company)
8	<input type="checkbox"/>	Confirmation from every insurance company on whose behalf the intermediary is carrying out distribution of insurance/reinsurance business concerning the business cycle of the previous year. (Does not apply to an Insurance Brokerage Company)
9	<input type="checkbox"/>	If the application concerns an Insurance Brokerage Company: A copy of the business distribution list of the insurance / reinsurance companies with which the intermediary cooperated during the previous year.
10	<input type="checkbox"/>	If the application concerns an Insurance Brokerage Company: Confirmation of financial capacity corresponding, on a permanent basis, to four percent (4%) of the annual premiums collected, with a minimum of nineteen thousand five hundred and ten euros (€19.510) or as amended from time to time.

NOTE:

According to article 394K of the Law, there is an obligation to notify the Superintendent of Insurance of any change that occurs in regards to the information and data contained in the documents submitted in this application no later than thirty (30) days from the change. In case of violation of this provision, the Superintendent of Insurance imposes an administrative fine of up to nine thousand euros (€9.000).

5. 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 is 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 on the website of the Insurance Companies Control Service using the following link: <https://www.mof.gov.cy/mof/iccs.nsf>

6. DECLARATION STATEMENT

I, the undersigned(full name) declare responsibly that I am duly authorized to proceed with this Declaration Statement and I certify that all the information I provide is correct and true.

Date:

Signature:

Full name of applicant:

ΤΥΠΟΣ Ε.Α./Δ.10
Ο ΠΕΡΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ
ΣΥΝΑΦΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΝΟΜΟΣ

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗΣ
ΜΕΣΙΤΩΝ / ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΟΜΕΣΙΤΩΝ

Όνομα:

.....

Αριθμός Πιστοποιητικού Εγγραφής:

Ασφαλιστικές/Αντασφαλιστικές εργασίες κατά το οικονομικό έτος που έληξε στις

.....

Α/Α	ΟΝΟΜΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ/ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ	
		ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΕΝΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ € ΕΥΡΩ	ΕΙΣΠΡΑΧΘΕΝΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ € ΕΥΡΩ
	ΟΛΙΚΟ		

Ημερομηνία:

.....

Υπογραφή Εξουσιοδοτημένου Προσώπου

Σημ.: Η Απόφαση που δημοσιεύτηκε στο Παράρτημα Τρίτο, Μέρος Ι, της Επίσημης Εφημερίδας της Δημοκρατίας με αριθμό 5664 και ημερομηνία 4 Φεβρουαρίου 2022, αρ. Κ.Δ.Π. 54, με το παρόν ακυρώνεται.