

**Αριθμός 821**

**ΟΙ ΠΕΡΙ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΚΑΙ  
ΑΛΛΩΝ ΣΥΝΑΦΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΝΟΜΟΙ ΤΟΥ 2002 ΕΩΣ 2004**

Ο Έφορος Ασφαλίσεων με απόφασή του όπως προβλέπεται στο άρθρο 2 των περί της Ασκήσεως Ασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμων του 2002 έως 2004, καθορίζει τη μορφή των πιο κάτω Τύπων ΕΑ/Δ.2, ΕΑ/Δ.3 και ΕΑ/Δ.4 που αφορούν θέματα ασφαλιστικής διαμεσολάβησης.

## ΤΥΠΟΣ ΕΑ/Δ.2

**ΟΙ ΠΕΡΙ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ  
ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΣΥΝΑΦΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΝΟΜΟΙ**

---

**ΑΙΤΗΣΗ ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ\* ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗ ΩΣ  
ΜΕΣΙΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ/ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΠΡΑΚΤΟΡΑ/  
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΜΕΣΑΖΟΝΤΑ/ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ/  
ΣΥΝΔΕΔΕΜΕΝΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ**

---

1. (α) Επώνυμο (Κεφαλαία) .....
- (β) Όνομα .....
- (γ) Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας .....
- (δ) Αριθμός Διαβατηρίου .....  
(σε περίπτωση μη κατοχής δελτίου ταυτότητας)
2. (α) Διεύθυνση Διαμονής .....  
.....
- (β) Διεύθυνση Εργασίας .....  
.....
- (γ) Ταχυδρομική Διεύθυνση .....  
(αν διαφέρει από την πιο πάνω)  
.....
- (δ) Αριθμός Τηλεφώνου:  
(i) εργασίας .....  
(ii) οικίας .....
- (ε) Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου .....
3. Ημερομηνία Γεννήσεως (Ημέρα/Μήνας/Έτος) .....
4. Τόπος Γεννήσεως .....
5. Φύλο .....
6. Υπηκοότητα .....

7. Μητρώο στο οποίο ο αιτητής επιθυμεί όπως καταχωρηθεί. Να δηλωθεί ένα από τα Μητρώα που προβλέπονται από το Άρθρο 170(1)(α) του Νόμου (Μητρώο Ασφαλιστικών Πρακτόρων ή Μεσιτών Ασφαλίσεων ή Ασφαλιστικών Μεσαζόντων ή Ασφαλιστικών Συμβούλων ή Συνδεδεμένων Ασφαλιστικών Συμβούλων).

.....

8. Κλάδος Ασφάλισης (Κλάδος Γενικής Φύσεως ή/και Κλάδος Ζωής) στον οποίο ο αιτητής επιθυμεί να ασκεί τις δραστηριότητές του. (Στην περίπτωση του μεσίτη ασφαλίσεων, ο αιτητής θεωρείται ότι θα ασκεί τις δραστηριότητές του και στους δύο Κλάδους εκτός εάν παράσχει τις αναγκαίες αποδείξεις ότι θα ασχολείται μόνο με ένα από τους δύο Κλάδους).

.....

.....

9. Επωνυμία και διεύθυνση του προσώπου για το οποίο ο αιτητής θα διεξάγει εργασίες. (Δεν ισχύει στην περίπτωση του μεσίτη ασφαλίσεων)

.....

.....

.....

.....

(Να επισυναφθεί πρωτότυπο ή πιστοποιημένο αντίγραφο της σχετικής σύμβασης διαμεσολάβησης).

Διευκρινίζεται ότι στην περίπτωση που ο αιτητής είναι διευθύνων νομικού προσώπου, η παρούσα παράγραφος δεν εφαρμόζεται.

10. Προσόντα όπως αυτά απαιτούνται από τους περί της Ασκήσεως Ασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Κανονισμούς του 2004.

.....

.....

.....

(Να επισυναφθούν τα απαιτούμενα πιστοποιητικά. Στην περίπτωση που ο αιτητής είναι υφιστάμενος διαμεσολαβητής, να επισυνάπτεται μόνο το αντίγραφο του πιστοποιητικού εγγραφής του ή της σχετικής εγκρίσεως, αναλόγως της περίπτωσης).

11. Να υποβληθεί Πιστοποιητικό Λευκού Ποινικού Μητρώου του αιτητή, σύμφωνα με τον Κανονισμό 20. Σε αντίθετη περίπτωση, αν ο αιτητής καταδικάστηκε οποτεδήποτε για πλαστογραφία, κλοπή, απάτη, υπεξαίρεση, τοκογλυφία, αισχροκέρδεια, εκβιασμό, δωροδοκία, λαθρεμπορία, απόσπαση χρημάτων με ψευδείς παραστάσεις, φόνο εκ προμελέτης, ανθρωποκτονία, βιασμό, αδικήματα ηθικής αισχρότητας ή άλλα συναφή προς τα ανώτερα ποινικά αδικήματα, να παρασχεθούν τα στοιχεία που συνιστούν το αδίκημα καθώς και η ποινή που επιβλήθηκε από το Δικαστήριο.
- .....
- .....
12. Να υποβληθεί Βεβαίωση μη πτώχευσης σύμφωνα με τον Κανονισμό 20 ή σχετική δήλωση αν ο αιτητής κηρύχθηκε οποτεδήποτε σε πτώχευση και δεν αποκαταστάθηκε.
- .....
- .....
13. Να δηλωθεί κατά πόσο ο αιτητής κατέχει την απαιτούμενη ασφάλιση επαγγελματικής αστικής ευθύνης ή άλλη ανάλογη βεβαίωση η οποία να καλύπτει και τυχόν πρόσωπα που εργοδοτούνται από τον αιτητή και ασκούν εργασίες ασφαλιστικής διαμεσολάβησης εκ μέρους του.\*\*
- .....
- .....
- (Να επισυναφθεί το πιστοποιητικό ασφάλισής της ή άλλη ανάλογη βεβαίωση, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 171(1) του Νόμου).\*\*
- Διευκρινίζεται ότι στην περίπτωση που ο αιτητής είναι διευθύνων νομικού προσώπου, η ασφάλιση επαγγελματικής αστικής ευθύνης καλύπτεται από το νομικό πρόσωπο στο οποίο είναι διευθύνων. Η παράγραφος 12 του Τύπου ΕΑ/Δ3 είναι σχετική.
14. Αν ο αιτητής κατείχε προηγουμένως ειδική συμμετοχή ή θέση διευθύνοντος προσώπου σε ασφαλιστική επιχείρηση ή 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 ο αιτητής δεν συναίνεσε ή συνέπραξε στην παραβίαση.
- .....
- .....
15. Αν ο αιτητής διεξάγει οποιαδήποτε άλλη εργασία εκτός από την ασφαλιστική διαμεσολάβηση, να παρασχεθούν λεπτομέρειες της εργασίας αυτής.
- .....
- .....

16. Αριθμός υπαλλήλων που θα ασκούν εργασίες ασφαλιστικής διαμεσολάβησης, αν υπάρχουν.

.....  
 .....

(Να επισυναφθεί ξεχωριστή κατάσταση με τα ονόματα των εν λόγω υπαλλήλων η οποία κατάσταση θα πρέπει να επανυποβάλλεται σε περίπτωση αλλαγής οποιουδήποτε προσώπου).

17. Να δηλωθεί κατά πόσον όλοι οι υπάλληλοι οι οποίοι θα ασκούν είτε μερικώς είτε εξ' ολοκλήρου εργασίες διαμεσολάβησης έχουν τύχει κατάλληλης εκπαίδευσης σε σχέση με τις δραστηριότητες του προσώπου για το οποίο ενεργούν και με τις υποχρεώσεις που πηγάζουν από τη νομοθεσία ως να ήταν εγγεγραμμένοι στα απαιτούμενα από το Νόμο Μητρώα, ιδιαίτερα όσον αφορά την πληροφόρηση ασφαλισμένων ή προσώπων που ενδιαφέρονται να συνάψουν ασφάλιση.

(Να επισυναφθεί υπεύθυνη δήλωση υπογεγραμμένη από τον εγγεγραμμένο διαμεσολαβητή για τον οποίο οι υπάλληλοι ενεργούν. Νοείται ότι στην περίπτωση συνδεδεμένου ασφαλιστικού συμβούλου, η δήλωση υπογράφεται από την ίδια την ασφαλιστική επιχείρηση).

Ημερομηνία: .....

(Υπογραφή Αιτητή)

\* Η αίτηση αυτή ισχύει, τηρουμένων των αναλογιών, και για εγγραφή φυσικών προσώπων που θα ασκούν εργασίες διαμεσολάβησης στον αντισταθμιστικό τομέα,

\*\*Η υποχρέωση υποβολής του πιστοποιητικού ασφάλισης ή άλλης ανάλογης βεβαίωσης ισχύει από τις 15/1/2005.

#### ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΥΠΕΝΘΥΜΙΣΗ

Σύμφωνα με το άρθρο 183 του Νόμου, υπάρχει υποχρέωση όπως εντός δεκαπέντε ημερών ανακοινώνεται στον Έφορο Ασφαλίσεων κάθε μεταβολή που επέρχεται σε πληροφορίες ή στοιχεία που περιέχονται στον παρόν Τύπο. Παράβαση της διάταξης αυτής συνιστά ποινικό αδίκημα τιμωρούμενο με χρηματική ποινή μέχρι £5.000ΛΚ.

### ΤΥΠΟΣ ΕΑ/Δ.3

#### ΟΙ ΠΕΡΙ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΣΥΝΑΦΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΝΟΜΟΙ

#### ΑΙΤΗΣΗ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ\* ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗ ΩΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΟΡΕΥΣΗΣ/ΑΣΦΑΛΕΙΟΜΕΣΙΤΩΝ/ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΜΕΣΑΖΟΝΤΩΝ/ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΩΝ/ ΣΥΝΔΕΔΕΜΕΝΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΩΝ

1. Επωνυμία εταιρείας .....
2. (α) Διεύθυνση κεντρικών γραφείων .....
- .....
- (β) Αριθμός Τηλεφώνου .....
- (γ) Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου .....
- (δ) Διεύθυνση ιστοσελίδας (αν υπάρχει) .....
3. Μητρώο στο οποίο η εταιρεία επιθυμεί όπως καταχωρηθεί. Να δηλωθεί ένα από τα Μητρώα που προβλέπονται από το άρθρο 170(1)(β) του Νόμου. (Μητρώο Εταιρειών Ασφαλιστικής Πρακτορείου, Μητρώο Εταιρειών Ασφαλειομεσιτών, Μητρώο Εταιρειών Ασφαλιστικών Μεσαζόντων, Μητρώο Εταιρειών Ασφαλιστικών Συμβούλων, Μητρώο Εταιρειών Συνδεδεμένων Ασφαλιστικών Συμβούλων).
- .....
- .....
- .....
- (Στην περίπτωση που η αιτήτρια εταιρεία είναι υφιστάμενος διαμεσολαβητής να επισυνάπτεται αντίγραφο του πιστοποιητικού εγγραφής του ή της σχετικής εγκρίσεως, αναλόγως της περίπτωσης).
4. Αριθμός υπαλλήλων (πλην των διευθυνόντων) της εταιρείας που θα ασκούν εργασίες ασφαλιστικής διαμεσολάβησης, αν υπάρχουν.
- .....
- .....
- .....
- (Να επισυναφθεί ξεχωριστή κατάσταση με τα ονόματα των εν λόγω υπαλλήλων και με τη θέση που κατέχουν στην εταιρεία, η οποία κατάσταση θα πρέπει να επανυποβάλλεται σε περίπτωση αλλαγής οποιουδήποτε προσώπου).

5. Να δηλωθεί κατά πόσον όλοι οι υπάλληλοι της εταιρείας οι οποίοι θα ασκούν είτε μερικώς είτε εξ' ολοκλήρου εργασίες διαμεσολάβησης έχουν τύχει κατάλληλης εκπαίδευσης σε σχέση με τις δραστηριότητες της εταιρείας και με τις υποχρεώσεις που πηγάζουν από τη νομοθεσία ως να ήταν εγγεγραμμένοι ως φυσικά πρόσωπα στα απαιτούμενα από το Νόμο Μητρώα, ιδιαίτερα όσον αφορά την πληροφόρηση ασφαλισμένων ή προσώπων που ενδιαφέρονται να συνάψουν ασφάλιση.

.....

(Να επισυναφθεί υπεύθυνη δήλωση υπογεγραμμένη από τον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου και από ένα διευθύνοντα, αν είναι διαφορετικό πρόσωπο. Νοείται ότι στην περίπτωση συνδεδεμένου ασφαλιστικού συμβούλου, η δήλωση υπογράφεται από την ίδια την ασφαλιστική επιχείρηση).

6. Να δηλωθεί ο κύκλος εργασιών της εταιρείας σε σχέση με τη διαμεσολάβηση.

.....

.....

.....

7. Να δηλωθούν όλα τα ονόματα των διευθυνόντων<sup>1</sup> ή εταίρων που θα ασκούν εργασίες διαμεσολάβησης για λογαριασμό της εταιρείας.

.....

(Να υποβάλλεται ο Τύπος ΕΑ/Δ.2 για ικανοποιητικό αριθμό τέτοιων προσώπων αφού ληφθεί υπόψη η Σημ<sup>2</sup>, όπως προβλέπεται από το άρθρο 173 του Νόμου).

8. Να υποβληθεί δήλωση ότι οι κάτοχοι άμεσης ή έμμεσης ειδικής συμμετοχής<sup>3</sup> στην εταιρεία είναι πρόσωπα κατάλληλα κατά την έννοια του άρθρου 53(5)(β) του Νόμου ικανά να διασφαλίσουν την υγιή και συνετή διαχείριση της εταιρείας.

.....

.....

9. Να δηλωθεί ότι οι διοικητικοί σύμβουλοι της εταιρείας (αν είναι διαφορετικοί από τους διευθύνοντες που αναφέρονται στην παρ.7 πιο πάνω) είναι πρόσωπα κατάλληλα κατά την έννοια του άρθρου 53(5)(β) του Νόμου ικανά να διασφαλίσουν την υγιή και συνετή διαχείριση της εταιρείας.

.....  
 .....  
 (Να επισυναφθούν τα πιστοποιητικά που απαιτούνται από τον Κανονισμό 20 που να αποδεικνύουν λευκό ποινικό μητρώο και μη κήρυξη σε πτώχευση).

10. Να δηλωθεί κατά πόσον η αιτήτρια εταιρεία θα ασκεί τις δραστηριότητες της στον Κλάδο Ζωής ή/και στον Κλάδο Γενικής Φύσεως.

.....  
 .....  
 (Στην περίπτωση της εταιρείας ασφαλειομεσιτών, η εταιρεία θεωρείται ότι θα ασκεί τις δραστηριότητές της και στους δύο Κλάδους εκτός εάν παράσχει τις αναγκαίες αποδείξεις ότι θα ασχολείται μόνο με ένα από τους δύο Κλάδους).

11. Επωνυμία και διεύθυνση του προσώπου για το οποίο ο αιτητής θα διεξάγει εργασίες. (Δεν ισχύει στην περίπτωση του μεσίτη ασφαλίσεων).

.....  
 .....  
 .....  
 (Να επισυναφθεί πρωτότυπο ή πιστοποιημένο αντίγραφο της σχετικής σύμβασης διαμεσολάβησης).

12. Να δηλωθεί κατά πόσο η αιτήτρια εταιρεία καθώς και όλοι οι υπάλληλοι οι οποίοι ασκούν εργασίες διαμεσολάβησης συμπεριλαμβανομένων και των διευθυνόντων καλύπτονται από την απαιτούμενη από το Νόμο ασφάλιση επαγγελματικής αστικής ευθύνης ή άλλη ανάλογη βεβαίωση .

.....  
 .....  
 (Να επισυναφθεί το πιστοποιητικό ασφάλισης ή άλλης ανάλογης βεβαίωσης, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 171(1) του Νόμου)<sup>4</sup>.



13. Αν η αιτήτρια εταιρεία διεξάγει οποιαδήποτε άλλη εργασία εκτός από την ασφαλιστική διαμεσολάβηση, να παρασχεθούν λεπτομέρειες της εργασίας αυτής.

.....  
 .....

Ημερομηνία:..... Υπογραφή .....  
 (Γενικός Διευθυντής/Γραμματέας της  
 αιτήτριας εταιρείας)<sup>5</sup>

\* Η αίτηση αυτή ισχύει, τηρουμένων των αναλογιών, και για την εγγραφή νομικών προσώπων που ασκούν εργασίες διαμεσολάβησης στον αντασφαλιστικό τομέα.

<sup>1</sup> Διευθύνων λογίζεται το πρόσωπο που έχει υπό την ευθύνη του το συντονισμό ή/και την καθοδήγηση ή/και τον έλεγχο των εργασιών ασφαλιστικής διαμεσολάβησης καθώς και την ανάπτυξη των εργασιών του δικτύου πωλήσεως.

<sup>2</sup> Ο αριθμός των διευθυνόντων για τους οποίους υποβάλλεται ο Τύπος ΕΑ/Δ2 δύναται να αυξηθεί μετά από αίτημα του Εφόρου Ασφαλίσεων, αν ο Έφορος κρίνει ότι ο αριθμός αυτός δεν είναι ικανοποιητικός.

<sup>3</sup> Ο όρος «ειδική συμμετοχή» ερμηνεύεται στο άρθρο 2 του Νόμου

<sup>4</sup> Η υποχρέωση υποβολής του πιστοποιητικού ασφάλισης ή άλλης ανάλογης βεβαίωσης ισχύει από τις 15/1/2005

<sup>5</sup> Να διαγραφεί ό,τι δεν εφαρμόζεται.

#### ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΥΠΕΝΘΥΜΙΣΗ

Σύμφωνα με το άρθρο 183 του Νόμου, υπάρχει υποχρέωση όπως εντός δεκαπέντε ημερών ανακοινώνεται στον Έφορο Ασφαλίσεων κάθε μεταβολή που επέρχεται σε πληροφορίες ή στοιχεία που περιέχονται στον παρόν Τύπο. Παράβαση της διάταξης αυτής συνιστά ποινικό αδίκημα τιμωρούμενο με χρηματική ποινή μέχρι £5.000/ΑΚ.

ΤΥΠΟΣ ΕΑ/Δ.4

ΟΙ ΠΕΡΙ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΚΑΙ  
ΑΛΛΩΝ ΣΥΝΑΦΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΝΟΜΟΙ

---

ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΓΙΑ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ  
ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΑΠΟ ΜΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ ΣΕ ΑΛΛΗ

---

Εγώ ο/η ....., με αριθμό ταυτότητας  
..... (ή αριθμό διαβατηρίου αν δεν υπάρχει ταυτότητα)  
..... σύμφωνα με το άρθρο 165Α του Νόμου, δηλώνω  
υπεύθυνα ότι συμφωνώ όπως η ασφαλιστική σύμβαση που έχω συνάψει με  
..... (όνομα  
ασφαλιστικής επιχείρησης) μεταφερθεί στην .....  
.....  
(όνομα ασφαλιστικής επιχείρησης)

Υπογραφή: .....

Ημερομηνία: .....

Η Δήλωση αυτή σχετίζεται με το ασφαλιστήριο αρ.....