

Ε.Ε.Παρ.ΙΙΙ(Ι)
Αρ. 6000, 27.2.2026
Αριθμός 104

Κ.Δ.Π. 104/2026

**ΟΙ ΠΕΡΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΚΑΙ
ΑΛΛΩΝ ΣΥΝΑΦΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΝΟΜΟΙ 2016 - 2025**

Απόφαση σύμφωνα με το άρθρο 2

Ο Αν. Έφορος Ασφαλίσεων με απόφασή του όπως προβλέπεται στο άρθρο 2 των περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμων 2016 - 2025, καθορίζει ότι η μορφή των Τύπων Ε.Α./Δ.3, Ε.Α./Δ.4, Ε.Δ./Δ.5, Ε.Α./Δ.6, Ε.Α.Δ/7, Ε.Α./Δ.8 και Ε.Α./Δ.9 που δημοσιεύθηκε στην Επίσημη Εφημερίδα, Παρ. ΙΙΙ(Ι), Αρ. 5990, στις 2.01.2026, αντικαθίσταται με την ακόλουθη μορφή:



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ

Ο ΠΕΡΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ
ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΣΥΝΑΦΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΝΟΜΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΕ ΜΗΤΡΩΟ
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ/ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗΣ

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

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

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 Υπευθυνότητα/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:
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.

.....

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 Να δοθούν πληροφορίες αναφορικά με την ταυτότητα των προσώπων που έχουν στενούς δεσμούς με τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή:

Όνοματεπώνυμο / επωνυμία εταιρείας	Α.Δ.Τ. (ή Διαβατηρίου) / Αρ. εγγραφής εταιρείας
.....
.....
.....
.....

Σημ. Στενοί δεσμοί σημαίνει την κατάσταση κατά την οποία δύο ή περισσότερα νομικά ή φυσικά πρόσωπα συνδέονται μέσω ελέγχου ή συμμετοχής και μπορεί να επηρεάσουν την ανεξαρτησία και να δημιουργήσουν σύγκρουση συμφερόντων, όπως π.χ. ένας διαμεσολαβητής να έχει μετοχές σε μια ασφαλιστική επιχείρηση ή στον όμιλο της επιχείρησης, ή σε ένα άλλο πράκτορα ή μεσίτη κλπ.

2.7 Να δοθούν πληροφορίες που δεικνύουν ότι οι συμμετοχές ή οι στενοί δεσμοί δεν παρεμποδίζουν την αποτελεσματική άσκηση των εποπτικών καθηκόντων του Εφόρου:

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

3. ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ/ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ

Η αίτηση πρέπει να συνοδεύεται απαραίτητα από τα ακόλουθα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις.

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 άλλο ισοδύναμο ή ανώτερου προσόντος ανάλογα με τον Κλάδο ή τους Κλάδους που γίνεται η αίτηση.
4		(Η πιο κάτω βεβαίωση ΔΕΝ εφαρμόζεται για Ασφαλειομεσίτη) 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 το Τμήμα Αφερεγγυότητας 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 ευθύνης.
8		(Η πιο κάτω δήλωση ΔΕΝ εφαρμόζεται για Ασφαλειομεσίτη). Υπεύθυνη δήλωση από το/α πρόσωπο/α για το/τα οποίο/α ο διαμεσολαβητής θα ασκεί εργασίες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων: (α) ότι επιθυμεί την εγγραφή του σε ένα από τα προβλεπόμενα Μητρώα, και (β) ότι η σύμβαση διαμεσολάβησης έχει υπογραφεί και από τα δύο μέρη και πληροί όλες τις πρόνοιες των Κανονισμών.
9		Αν η αίτηση αφορά Μεσίτη Ασφαλίσεων: Βεβαίωση για χρηματοοικονομική ικανότητα που αντιστοιχεί, σε μόνιμη βάση, στο τέσσερα τοις εκατό (4%) των ετήσιων εισπραχθέντων ασφαλίσεων, με ελάχιστο όριο τις είκοσι τρεις χιλιάδες τετρακόσια ογδόντα ευρώ (€23.480) ή όπως αυτό εκάστοτε τροποποιείται.
10		Αποδεικτικό στοιχείο πληρωμής των απαιτούμενων τελών.

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).

Ο Έφορος Ασφαλίσεων διατηρεί το δικαίωμα να ζητήσει οποιοσδήποτε επιπρόσθετες πληροφορίες επιθυμεί σύμφωνα με τους περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμους και Κανονισμούς.

4. ΠΛΗΡΩΜΗ ΤΕΛΩΝ

Για να μπορέσει να εξεταστεί η αίτηση σας θα πρέπει να καταβληθεί το καθορισμένο τέλος των €70.00 (εβδομήντα ευρώ) σύμφωνα με τον Κανονισμό 39 των περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Κανονισμών.

Ο τρόπος καταβολής του πιο πάνω τέλους γίνεται αποκλειστικά μέσω τραπεζικού εμβάσματος στο λογαριασμό της Υπηρεσίας Ελέγχου Ασφαλιστικών Εταιρειών στην Κεντρική Τράπεζα της Κύπρου.

Οι λεπτομέρειες του τραπεζικού λογαριασμού είναι οι ακόλουθες:

Account Name	INSURANCE CO. CONTROL SERVICE
Account Number	6001053
Currency	Euro
IBAN No. Paper format	CY19 0010 0001 0000 0000 0600 1053
IBAN No. Electronic Format	CY19001000010000000006001053
SWIFT BIC	CBCYCY2NXXX

Κατά τη διεκπεραίωση της πληρωμής θα πρέπει να περιλαμβάνονται τα ακόλουθα στοιχεία στις λεπτομέρειες πληρωμής.

205
Αριθμός Ταυτότητας/Αριθμός Διαβατηρίου
Ονοματεπώνυμο ασφαλιστικού διαμεσολαβητή

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 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>

6. 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(1)/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, νοουμένου 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 REGISTRATION
IN A REGISTER OF INSURANCE/REINSURANCE INTERMEDIATION

STAMP

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.:

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 Provide information regarding the identity of persons who have close links to you:

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

Note. Close links means the situation in which two or more legal or physical persons are connected via control or participation and this can affect independence and create conflicts of interest. For example, when an intermediary has shares in an insurance undertaking or the insurance group, or in another insurance intermediary etc.

2.7 Provide Information indicating that the holdings or the close links do not prevent the effective exercise of the supervisory duties by the Superintendent of Insurance:

.....

.....

.....

.....

3. CERTIFICATES/DECLARATIONS

The application must be accompanied by the following certificates/declarations

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		(The following certificate does NOT apply to Brokers) 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 from the Department of Insolvency 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.
8		(The following declaration does NOT apply to Brokers) Declaration statement by the person/s for whom the intermediary will carry out distribution of insurance/reinsurance products: (a) agreeing to the registration of the applicant in one of the prescribed Registers, and (b) that the intermediation agreement has been signed by both parties and meets all the provisions of the Regulations,
9		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 twenty three thousand four hundred and eighty euros (€23.480) or as it is amended from time to time.
10		Evidence of payment of required fees.

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).

The Superintendent of Insurance reserves the right to request any additional information he may require according to the Insurance and Reinsurance Business and Other Related Issues Laws and Regulations.

4. PAYMENT OF FEES

In order for the application to be examined the prescribed fee of €70 (seventy euro) has to be paid in accordance with Regulation 39 of the Insurance and Reinsurance matters and Other Related Issues Regulations.

The method of payment is exclusively through bank transfer in the Insurance Companies Control Service account with the Central Bank of Cyprus.

The details of the bank account are as follows:

Account Name	INSURANCE CO. CONTROL SERVICE
Account Number	6001053
Currency	Euro
IBAN No. Paper format	CY19 0010 0001 0000 0000 0600 1053
IBAN No. Electronic Format	CY19001000010000000006001053
SWIFT BIC	CBCYCY2NXXX

During the processing of the payment the following information should be included in the details of the payment.

205
Identity Card Number / Passport No.
Full name of the Intermediary

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:

- 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

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 Διανοητικής Ιδιοκτησίας

.....

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:
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 ανασφάλισης:

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

2.4 Αναφέρετε τους διευθύνοντες της εταιρείας οι οποίοι θα είναι υπεύθυνοι για τη διανομή ασφαλιστικών/ανασφαλιστικών προϊόντων

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

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

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

3. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΕΣ / ΣΤΕΝΟΥΣ ΔΕΣΜΟΥΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ

3.1 Συμπληρώστε τις πιο κάτω πληροφορίες αναφορικά με τους μετόχους ή τους εταίρους που κατέχουν συμμετοχή πάνω από 10% στον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή:

Όνοματεπώνυμο / επωνυμία εταιρείας	Α.Δ.Τ. (ή Διαβατηρίου) / Αρ. εγγραφής εταιρείας	Ποσοστό συμμετοχής
.....
.....
.....
.....

3.2 Να δοθούν πληροφορίες αναφορικά με την ταυτότητα των προσώπων που έχουν στενούς δεσμούς με τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή:

Όνοματεπώνυμο / επωνυμία εταιρείας	Α.Δ.Τ. (ή Διαβατηρίου) / Αρ. εγγραφής εταιρείας
.....
.....
.....
.....
.....

Σημ. Στενοί δεσμοί σημαίνει την κατάσταση κατά την οποία δύο ή περισσότερα νομικά ή φυσικά πρόσωπα συνδέονται μέσω ελέγχου ή συμμετοχής και μπορεί να επηρεάσουν την ανεξαρτησία και να δημιουργήσουν σύγκρουση συμφερόντων, όπως π.χ. ένας διαμεσολαβητής να έχει μετοχές σε μια ασφαλιστική επιχείρηση ή στον όμιλο της επιχείρησης, ή σε ένα άλλο πράκτορα ή μεσίτη κλπ.

3.3 Να δοθούν πληροφορίες που δεικνύουν ότι οι συμμετοχές ή οι στενοί δεσμοί δεν παρεμποδίζουν την αποτελεσματική άσκηση των εποπτικών καθηκόντων του Εφόρου:

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

4. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ

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

5. ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ/ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ

Η αίτηση πρέπει να συνοδεύεται απαραίτητα από τα ακόλουθα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις.

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 (director), 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 (director) που φέρει ημερομηνία όχι προγενέστερη των τριών μηνών από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης και εξασφαλίζεται από το Τμήμα Αφερεγγυότητας. (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 ευθύνης στο όνομα της εταιρείας.
6		(Η πιο κάτω δήλωση ΔΕΝ εφαρμόζεται για Εταιρεία Ασφαλειομεσιτών). Υπεύθυνη δήλωση από το/α πρόσωπο/α για το/τα οποίο/α ο διαμεσολαβητής θα ασκεί εργασίες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων: (α) ότι επιθυμεί την εγγραφή του σε ένα από τα προβλεπόμενα Μητρώα, και (β) ότι η σύμβαση διαμεσολάβησης έχει υπογραφεί και από τα δύο μέρη και πληροί όλες τις πρόνοιες των Κανονισμών.
7		Σε περίπτωση που η εταιρεία εργοδοτεί υπαλλήλους (πλην των διευθυνόντων (Managers)) 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.
8		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 είκοσι τρεις χιλιάδες τετρακόσια ογδόντα ευρώ (€23.480) ή όπως αυτό εκάστοτε τροποποιείται.
9		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).
10		Να υποβληθεί ο Τύπος Ε.Α./Δ.5 για κάθε διευθύνοντα (manager) (τα άτομα που θα συμμετέχουν άμεσα στη διανομή ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων).
11		Αποδεικτικό στοιχείο πληρωμής των απαιτούμενων τελών.

Σημείωση: Οι **διευθύνοντες (managers)** στην εταιρεία είναι τα άτομα τα οποία θα ασκούν εργασίες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων και οφείλουν να κατέχουν τα προσόντα και να ικανοποιούν τις προϋποθέσεις για εγγραφή ως ασφαλιστικοί διαμεσολαβητές. Οι **διευθυντές (directors)** της εταιρείας είναι τα άτομα που αναφέρονται στο Πιστοποιητικό Διευθυντών του Τμήματος Εφόρου Εταιρειών και Διανοητικής Ιδιοκτησίας.

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).

Ο Έφορος Ασφαλίσεων διατηρεί το δικαίωμα να ζητήσει οποιοσδήποτε επιπρόσθετες πληροφορίες επιθυμεί σύμφωνα με τους περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμους και Κανονισμούς.

6. ΠΛΗΡΩΜΗ ΤΕΛΩΝ

Για να μπορέσει να εξεταστεί η αίτηση σας θα πρέπει να καταβληθεί το καθορισμένο τέλος των €100.00 (εκατόν ευρώ) σύμφωνα με τον Κανονισμό 39 των περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Κανονισμών.

Σημειώνεται ότι για κάθε διευθύνοντα της εταιρείας θα πρέπει να καταβληθεί επιπρόσθετα και τέλος €70.00 (εβδομήντα ευρώ), σύμφωνα με τον Τύπο Ε.Α./Δ5.

Ο τρόπος καταβολής των πιο πάνω τελών γίνεται αποκλειστικά μέσω τραπεζικού εμβάσματος στο λογαριασμό της Υπηρεσίας Ελέγχου Ασφαλιστικών Εταιρειών στην Κεντρική Τράπεζα της Κύπρου.

Οι λεπτομέρειες του τραπεζικού λογαριασμού είναι οι ακόλουθες:

Account Name	INSURANCE CO. CONTROL SERVICE
Account Number	6001053
Currency	Euro
IBAN No. Paper format	CY19 0010 0001 0000 0000 0600 1053
IBAN No. Electronic Format	CY19001000010000000006001053
SWIFT BIC	CBCYCY2NXXX

Κατά τη διεκπεραίωση της πληρωμής θα πρέπει να περιλαμβάνονται τα ακόλουθα στοιχεία στις λεπτομέρειες πληρωμής.

205
Αριθμός Εγγραφής εταιρείας ΗΕ
Επωνυμία Νομικού Προσώπου

7. 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>

8. 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 REGISTRATION
IN A REGISTER OF INSURANCE/REINSURANCE INTERMEDIATION
COMPANIES

STAMP

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 Department of Registrar of Companies and Intellectual Property

.....

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.:
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 Provide information regarding the managers of the company who will be responsible for the distribution of insurance/reinsurance products:

Full name	Identity Card Number (or Passport No.)	Class of Insurance
.....
.....
.....
.....
.....

2.5 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. INFORMATION ON PARTICIPTIONS / CLOSE LINKS TO THE INSURANCE DISTRIBUTOR

3.1 Provide the following information regarding the shareholders or partners that have a participation of more than 10% in the insurance distributor:

Full Name / Company name	Identity Card Number (or Passport Number) / Company Registration No.	Percentage of Participation
.....
.....
.....
.....

3.2 Provide information regarding the identity of persons who have close links to you:

Full Name / Company name	Identity Card Number (or Passport Number) / Company Registration No.
.....
.....
.....
.....

Note. Close links means the situation in which two or more legal or physical persons are connected via control or participation and this can affect independence and create conflicts of interest. For example, when an intermediary has shares in an insurance undertaking or the insurance group, or in another insurance intermediary etc.

3.3 Provide Information indicating that the holdings or the close links do not prevent the effective exercise of the supervisory duties by the Superintendent of Insurance:

.....

.....

.....

.....

.....

4. APPLICANT DETAILS

Full Name:

ID Number / Passport Number:

Position of applicant in the company:

5. CERTIFICATES/DECLARATIONS

The application must be accompanied by the following certificates/declarations.

Mark with the certificates/declarations that you will submit.

A/A	<input checked="" type="checkbox"/>	
1	<input type="checkbox"/>	Memorandum and Articles of Association of the company properly certified.
2	<input type="checkbox"/>	Certificate of Incorporation, Address, Shareholders and Directors properly certified.
3	<input type="checkbox"/>	Clean criminal record certificate for each director stated in the Directors Certificate from the Department of Registrar of Companies and Intellectual Property, 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	<input type="checkbox"/>	Certificate of non-bankruptcy for each director stated in the Certificate of Directors from the Department of Insolvency, bearing a date not earlier than three months from the date of submission of the application and is obtained by the Department of Registrar of Companies and Intellectual Property. (If the directors 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.
6	<input type="checkbox"/>	(The following declaration does NOT apply for a Brokerage Company) Declaration statement by the person for whom the intermediary will carry out distribution of insurance/reinsurance products: (a) agreeing to the registration of the company in one of the prescribed Registers and (b) that the intermediation agreement has been signed by both parties and meets all the provisions of the Regulations.
7	<input type="checkbox"/>	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.
8	<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 twenty three thousand four hundred and eighty euros (€23.480) or as amended from time to time.
9	<input type="checkbox"/>	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).
10	<input type="checkbox"/>	Submit Form E.A./Δ.5 for each manager (the persons who will be directly involved in the distribution of insurance/reinsurance products).
11	<input type="checkbox"/>	Evidence of payment of required fees.

Note: The Managers of the Company are the persons who will be involved in the distribution of insurance/reinsurance products and need to have the qualifications and fulfil the requirements for registration as an insurance distributor. The Directors of the Company are the persons referred to in the Directors Certificate from the Department of Registrar of Companies and Intellectual Property.

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).

The Superintendent of Insurance reserves the right to request any additional information he may require according to the Insurance and Reinsurance Business and Other Related Issues Laws and Regulations.

6. PAYMENT OF FEES

In order for the application to be examined the prescribed fee of €100 (one hundred euro) has to be paid in accordance with Regulation 39 of the Insurance and Reinsurance matters and Other Related Issues Regulations.

It is noted that for each manager of the company an additional fee of €70.00 (seventy euro), according to Form E.A./Δ5.

The method of payment is exclusively through bank transfer in the Insurance Companies Control Service account with the Central Bank of Cyprus.

The details of the bank account are as follows:

Account Name	INSURANCE CO. CONTROL SERVICE
Account Number	6001053
Currency	Euro
IBAN No. Paper format	CY19 0010 0001 0000 0000 0600 1053
IBAN No. Electronic Format	CY19001000010000000006001053
SWIFT BIC	CBCYCY2NXXX

During the processing of the payment the following information should be included in the details of the payment.

205
Company Registration No. HE
Name of the Company

7. 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>

8. 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:
Ηλεκτρονική Διεύθυνση:

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΟΝΤΑ

2.1 Αναφέρεται τους κλάδους ασφάλισης (Κλάδος Γενικής Φύσεως ή/και Κλάδος Ζωής) για τους οποίους θα είσαστε υπεύθυνος/η για τη διανομή ασφαλιστικών προϊόντων για τους οποίους γίνεται η αίτηση σας.

.....

2.2 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 σας.
4		(Η πιο κάτω βεβαίωση ΔΕΝ ισχύει στη περίπτωση εταιρείας ασφαλειομεσιτών) Βεβαίωση κατάλληλης πρακτικής εκπαίδευσης ανάλογα με τον Κλάδο ή τους Κλάδους που γίνεται η αίτηση εγγραφής σας.
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 το Τμήμα Αφερεγγυότητας 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		Αποδεικτικό στοιχείο πληρωμής των απαιτούμενων τελών.

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).

Ο Έφορος Ασφαλίσεων διατηρεί το δικαίωμα να ζητήσει οποιοσδήποτε επιπρόσθετες πληροφορίες επιθυμεί σύμφωνα με τους περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμους και Κανονισμούς.

4. ΠΛΗΡΩΜΗ ΤΕΛΩΝ

Για να μπορέσει να εξεταστεί η αίτηση σας θα πρέπει να καταβληθεί το καθορισμένο τέλος των €70.00 (εβδομήντα ευρώ) σύμφωνα με τον Κανονισμό 39 των περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Κανονισμών.

Ο τρόπος καταβολής του πιο πάνω τέλους γίνεται αποκλειστικά μέσω τραπεζικού εμβάσματος στο λογαριασμό της Υπηρεσίας Ελέγχου Ασφαλιστικών Εταιρειών στην Κεντρική Τράπεζα της Κύπρου.

Οι λεπτομέρειες του τραπεζικού λογαριασμού είναι οι ακόλουθες:

Account Name	INSURANCE CO. CONTROL SERVICE
Account Number	6001053
Currency	Euro
IBAN No. Paper format	CY19 0010 0001 0000 0000 0600 1053
IBAN No. Electronic Format	CY19001000010000000006001053
SWIFT BIC	CBCYCY2NXXX

Κατά τη διεκπεραίωση της πληρωμής θα πρέπει να περιλαμβάνονται τα ακόλουθα στοιχεία στις λεπτομέρειες πληρωμής.

205
Αριθμός Εγγραφής της εταιρείας διαμεσολάβησης HE
Επωνυμία εταιρείας διαμεσολάβησης

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 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>

6. 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(1)/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, νοουμένου 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.

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.:
E-mail:

2. REGISTRATION INFORMATION OF A MANAGER

2.1 Indicate the Classes of Insurance (General Business Class or/and Life Class) for which you will be conducting insurance/reinsurance business distribution

.....

2.2 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.

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 this application is made.
4	<input type="checkbox"/>	(The following does not apply to a Brokerage Company) Certificate of appropriate practical training depending on the Class or Classes for which this application 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 from the Department of Insolvency 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	<input type="checkbox"/>	Evidence of payment of required fees.

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).

The Superintendent of Insurance reserves the right to request any additional information he may require according to the Insurance and Reinsurance Business and Other Related Issues Laws and Regulations.

4. PAYMENT OF FEES

In order for the application to be examined the prescribed fee of €70 (seventy euro) has to be paid in accordance with Regulation 39 of the Insurance and Reinsurance matters and Other Related Issues Regulations.

The method of payment is exclusively through bank transfer in the Insurance Companies Control Service account with the Central Bank of Cyprus.

The details of the bank account are as follows:

Account Name	INSURANCE CO. CONTROL SERVICE
Account Number	6001053
Currency	Euro
IBAN No. Paper format	CY19 0010 0001 0000 0000 0600 1053
IBAN No. Electronic Format	CY19001000010000000006001053
SWIFT BIC	CBCYCY2NXXX

During the processing of the payment the following information should be included in the details of the payment.

205
Insurance Intermediary Company Registration No. HE
Full name of the Insurance Intermediary Company

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:

- 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

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 Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας (ΑΔΤ) ή Αρ. Διαβατηρίου

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

1.3 Στοιχεία επικοινωνίας

Τηλ. εργασίας:
Τηλ. οικίας:
Κινητό:
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.

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

A/A	✓	
1		(Αν η επέκταση αφορά επέκταση κλάδου) Πιστοποιητικό Βασικής Ασφαλιστικής Κατάρτισης του Ασφαλιστικού Ινστιτούτου Κύπρου για τον συγκεκριμένο κλάδο επέκτασης, ή άλλου ισοδύναμου ή ανώτερου προσόντος.
2		(Η πιο κάτω δήλωση δεν αφορά Μεσίτη Ασφαλίσεων) Βεβαίωση κατάλληλης πρακτικής εκπαίδευσης από ασφαλιστική επιχείρηση ή ασφαλιστικό διαμεσολαβητή.
3		(Η πιο κάτω δήλωση δεν αφορά Μεσίτη Ασφαλίσεων) Υπεύθυνη δήλωση από το πρόσωπο για το οποίο ο διαμεσολαβητής θα ασκεί εργασίες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων, ότι (α) επιθυμεί την επέκταση της εγγραφής του σε ένα από τα προβλεπόμενα Μητρώα, και (β) η σύμβαση διαμεσολάβησης έχει υπογραφεί και από τα δύο μέρη και πληροί όλες τις πρόνοιες των Κανονισμών.
4		Αποδεικτικό στοιχείο πληρωμής των απαιτούμενων τελών.

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, καθώς και σε οποιαδήποτε προγενέστερη αίτηση, το αργότερο εντός τριάντα (30) ημερών από την επελεθούσα μεταβολή. Σε περίπτωση παράβασης της διάταξης αυτής, ο Έφορος Ασφαλίσεων επιβάλλει διοικητικό πρόστιμο ύψους μέχρι εννέα χιλιάδων ευρώ (€9.000).

Ο Έφορος Ασφαλίσεων διατηρεί το δικαίωμα να ζητήσει οποιοσδήποτε επιπρόσθετες πληροφορίες επιθυμεί σύμφωνα με τους περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμους και Κανονισμούς.

4. ΠΛΗΡΩΜΗ ΤΕΛΩΝ

Για να μπορέσει να εξεταστεί η αίτηση σας θα πρέπει να καταβληθεί το καθορισμένο τέλος των €35.00 (τριάντα πέντε ευρώ) σύμφωνα με τον Κανονισμό 39 των περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Κανονισμών.

Ο τρόπος καταβολής του πιο πάνω τέλους γίνεται αποκλειστικά μέσω τραπεζικού εμβάσματος στο λογαριασμό της Υπηρεσίας Ελέγχου Ασφαλιστικών Εταιρειών στην Κεντρική Τράπεζα της Κύπρου.

Οι λεπτομέρειες του τραπεζικού λογαριασμού είναι οι ακόλουθες:

Account Name	INSURANCE CO. CONTROL SERVICE
Account Number	6001053
Currency	Euro
IBAN No. Paper format	CY19 0010 0001 0000 0000 0600 1053
IBAN No. Electronic Format	CY19001000010000000006001053
SWIFT BIC	CBCYCY2NXXX

Κατά τη διεκπεραίωση της πληρωμής θα πρέπει να περιλαμβάνονται τα ακόλουθα στοιχεία στις λεπτομέρειες πληρωμής.

205
Αριθμός Ταυτότητας/Αριθμός Διαβατηρίου
Αριθμός Πιστοποιητικού
Όνοματεπώνυμο ασφαλιστικού διαμεσολαβητή

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 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>

6. 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(1)/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, νοουμένου 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

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 Identity Card Number (ID) or Passport Number

ID Number:

Country of issue:

Expiration date:

Passport Number:

Country of issue:

Expiration date:

1.3 Contact details

Work Tel. No:
Residence Tel. No.:
Mobile No:
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 extend 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"/>	(If the extension concerns extension of class) Certificate of Basic Insurance Training of the Cyprus Insurance Institute for the specific class of extension, or other equivalent or higher qualification.
2	<input type="checkbox"/>	(The following statement does NOT apply to a broker) Certificate of appropriate practical training by the insurance company or insurance intermediary.
3	<input type="checkbox"/>	(The following statement does NOT apply to a broker) Declaration statement by the person for whom the intermediary will carry out distribution of insurance/reinsurance products: (a) that the intermediation agreement has been signed by both parties and meets all the provisions of the Regulations, and (b) agreeing to the extension of the registration of the applicant in one of the prescribed Registers
4	<input type="checkbox"/>	Evidence of payment of required fees.

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, or to any previous applications, 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).

The Superintendent of Insurance reserves the right to request any additional information he may require according to the Insurance and Reinsurance Business and Other Related Issues Laws and Regulations.

4. PAYMENT OF FEES

In order for the application to be examined the prescribed fee of €35 (thirty five euro) has to be paid in accordance with Regulation 39 of the Insurance and Reinsurance matters and Other Related Issues Regulations.

The method of payment is exclusively through bank transfer in the Insurance Companies Control Service account with the Central Bank of Cyprus.

The details of the bank account are as follows:

Account Name	INSURANCE CO. CONTROL SERVICE
Account Number	6001053
Currency	Euro
IBAN No. Paper format	CY19 0010 0001 0000 0000 0600 1053
IBAN No. Electronic Format	CY19001000010000000006001053
SWIFT BIC	CBCYCY2NXXX

During the processing of the payment the following information should be included in the details of the payment.

205
Identity Card Number / Passport No.
Certificate No.
Full name of the Intermediary

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:

- 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

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 Διανοητικής Ιδιοκτησίας

1.4 Στοιχεία επικοινωνίας

Τηλ. εργασίας:
Κινητό:
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 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 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.

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

A/A	√	
1		(Αν η επέκταση αφορά επέκταση κλάδου) Πιστοποιητικό Βασικής Ασφαλιστικής Κατάρτισης του Ασφαλιστικού Ινστιτούτου Κύπρου για τον συγκεκριμένο κλάδο επέκτασης, ή άλλου ισοδύναμου ή ανώτερου προσόντος. [για τους διευθύνοντες στην εταιρεία (Managers) και τους δηλωθέντες από την εταιρεία υπαλλήλους οι οποίοι θα είναι υπεύθυνοι για τη διανομή αυτών των ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων]
2		(Η πιο κάτω δήλωση ΔΕΝ αφορά Εταιρεία Ασφαλειομεσιτών) Βεβαίωση κατάλληλης πρακτικής εκπαίδευσης από ασφαλιστική επιχείρηση ή ασφαλιστικό διαμεσολαβητή για τους διευθύνοντες στην εταιρεία (Managers) οι οποίοι θα είναι υπεύθυνοι για τη διανομή αυτών των ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων
3		Βεβαίωση κατάλληλης πρακτικής εκπαίδευσης από ασφαλιστική επιχείρηση ή ασφαλιστικό διαμεσολαβητή για τους δηλωθέντες από την εταιρεία υπαλλήλους οι οποίοι θα είναι υπεύθυνοι για τη διανομή αυτών των ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων.
4		(Η πιο κάτω δήλωση ΔΕΝ αφορά Εταιρεία Ασφαλειομεσιτών) Υπεύθυνη δήλωση από το πρόσωπο για το οποίο ο διαμεσολαβητής θα ασκεί εργασίες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων, ότι : (α) επιθυμεί την επέκταση της εγγραφή του σε ένα από τα προβλεπόμενα Μητρώα, και (β) η σύμβαση διαμεσολάβησης έχει υπογραφεί και από τα δύο μέρη και πληροί όλες τις πρόνοιες των Κανονισμών.
5		Αποδεικτικό στοιχείο πληρωμής των απαιτούμενων τελών.

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, καθώς και σε οποιαδήποτε προγενέστερη 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).

Ο Έφορος Ασφαλίσεων διατηρεί το δικαίωμα να ζητήσει οποιοσδήποτε επιπρόσθετες πληροφορίες επιθυμεί σύμφωνα με τους περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμους και Κανονισμούς.

5. ΠΛΗΡΩΜΗ ΤΕΛΩΝ

Για να μπορέσει να εξεταστεί η αίτηση σας θα πρέπει να καταβληθεί το καθορισμένο τέλος των (€35.00 (τριάντα πέντε ευρώ) + €35.00 (τριάντα πέντε ευρώ) για κάθε διευθύνοντα που η εταιρεία έχει δηλώσει, σύμφωνα με τον Κανονισμό 39 των περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Κανονισμών.

Ο τρόπος καταβολής του πιο πάνω τέλους γίνεται αποκλειστικά μέσω τραπεζικού εμβάσματος στο λογαριασμό της Υπηρεσίας Ελέγχου Ασφαλιστικών Εταιρειών στην Κεντρική Τράπεζα της Κύπρου.

Οι λεπτομέρειες του τραπεζικού λογαριασμού είναι οι ακόλουθες:

Account Name	INSURANCE CO. CONTROL SERVICE
Account Number	6001053
Currency	Euro
IBAN No. Paper format	CY19 0010 0001 0000 0000 0600 1053
IBAN No. Electronic Format	CY19001000010000000006001053
SWIFT BIC	CBCYCY2NXXX

Κατά τη διεκπεραίωση της πληρωμής θα πρέπει να περιλαμβάνονται τα ακόλουθα στοιχεία στις λεπτομέρειες πληρωμής.

205
Αριθμός εγγραφής εταιρείας ΗΕ
Αριθμός Πιστοποιητικού
Επωνυμία Νομικού προσώπου

6. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Η επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων διενεργείται σύμφωνα με τον περί της Προστασίας των Φυσικών Προσώπων Έναντι της Επεξεργασίας των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και της Ελεύθερης Κυκλοφορίας των Δεδομένων αυτών 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>

7. 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

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 Department of Registrar of Companies and Intellectual Property

.....

1.4 Contact details

Work Tel. No.:

Mobile No.:

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.

Mark with the certificates/declarations that you will submit.

A/A	<input checked="" type="checkbox"/>	
1	<input type="checkbox"/>	(If the extension concerns extension of class) 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 who will be responsible for the distribution of these insurance/reinsurance products]
2	<input type="checkbox"/>	(The following statement does NOT apply to a brokerage company) Certificate of appropriate practical training by the insurance company or insurance intermediary for the managers of the company who will be responsible for the distribution of these insurance/reinsurance products.
3	<input type="checkbox"/>	Certificate of appropriate practical training by the insurance company or insurance intermediary for the employees declared by the company who will be responsible for the distribution of these insurance/reinsurance products.
4	<input type="checkbox"/>	(The following statement does NOT apply to a brokerage company) Declaration statement by the person for whom the intermediary will carry out distribution of insurance/reinsurance products: (a) agreeing to the extension of the registration of the applicant in one of the prescribed Registers, and (b) that the intermediation agreement has been signed by both parties and meets all the provisions of the Regulations.
5	<input type="checkbox"/>	Evidence of payment of required fees.

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, or to any previous applications, 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).

The Superintendent of Insurance reserves the right to request any additional information he may require according to the Insurance and Reinsurance Business and Other Related Issues Laws and Regulations.

5. PAYMENT OF FEES

In order for the application to be examined the prescribed fee of €35 (thirty five euro) + €35 (thirty five euro) for each declared manager of the company, has to be paid in accordance with Regulation 39 of the Insurance and Reinsurance matters and Other Related Issues Regulations.

The method of payment is exclusively through bank transfer in the Insurance Companies Control Service account with the Central Bank of Cyprus.

The details of the bank account are as follows:

Account Name	INSURANCE CO. CONTROL SERVICE
Account Number	6001053
Currency	Euro
IBAN No. Paper format	CY19 0010 0001 0000 0000 0600 1053
IBAN No. Electronic Format	CY19001000010000000006001053
SWIFT BIC	CBCYCY2NXXX

During the processing of the payment the following information should be included in the details of the payment.

205
Company Registration No. HE
Certificate No.
Name of the Company

6. PERSONAL DATA

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

The personal data requested with this Form 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>

7. 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

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:
Ηλεκτρονική Διεύθυνση:

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

2.1 Σημειώστε στον πιο κάτω πίνακα με √ 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 √ 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:
---------------------------	-------------------------------

2.4 Σημειώστε με √ αν διεξάγετε οποιαδήποτε άλλη εργασία εκτός από τις εργασίες διανομής ασφαλιστικών/αντ ασφαλιστικών προϊόντων:

ΝΑΙ:	ΟΧΙ:
------------	------------

Αν ναι, να παρασχεθούν λεπτομέρειες της εργασίας αυτής.

.....

3. ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ/ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ

Η αίτηση πρέπει να συνοδεύεται απαραίτητα από τα ακόλουθα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις

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 τα τελευταία τρία έτη.
2		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)
3		Πιστοποιητικό μη πτώχευσης που εξασφαλίζεται από το Τμήμα Αφερεγγυότητας 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 ασφάλισης επαγγελματικής ευθύνης.
5		(Η πιο κάτω δήλωση δεν αφορά Μεσίτη Ασφαλίσεων) Υπεύθυνη δήλωση από το πρόσωπο για το οποίο ο διαμεσολαβητής θα ασκεί εργασίες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων, ότι επιθυμεί την ανανέωση της εγγραφής του σε ένα από τα προβλεπόμενα Μητρώα.
6		Αποδεικτικό στοιχείο πληρωμής των απαιτούμενων τελών.

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 καθώς και σε προγενέστερες αιτήσεις, 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).

Ο Έφορος Ασφαλίσεων διατηρεί το δικαίωμα να ζητήσει οποιοσδήποτε επιπρόσθετες πληροφορίες επιθυμεί σύμφωνα με τους περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμους και Κανονισμούς.

4. ΠΛΗΡΩΜΗ ΤΕΛΩΝ

Για να μπορέσει να εξεταστεί η αίτηση σας θα πρέπει να καταβληθεί το καθορισμένο τέλος των €70.00 (εβδομήντα ευρώ) σύμφωνα με τον Κανονισμό 39 των περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Κανονισμών.

Σε περίπτωση που η αίτηση δεν υποβληθεί έναν (1) τουλάχιστο μήνα πριν τη λήξη της ισχύος της εγγραφής του διαμεσολαβητή το καθορισμένο τέλος πιο πάνω διπλασιάζεται.

Ο τρόπος καταβολής του πιο πάνω τέλους γίνεται αποκλειστικά μέσω τραπεζικού εμβάσματος στο λογαριασμό της Υπηρεσίας Ελέγχου Ασφαλιστικών Εταιρειών στην Κεντρική Τράπεζα της Κύπρου.

Οι λεπτομέρειες του τραπεζικού λογαριασμού είναι οι ακόλουθες:

Account Name	INSURANCE CO. CONTROL SERVICE
Account Number	6001053
Currency	Euro
IBAN No. Paper format	CY19 0010 0001 0000 0000 0600 1053
IBAN No. Electronic Format	CY19001000010000000006001053
SWIFT BIC	CBCYCY2NXXX

Κατά τη διεκπεραίωση της πληρωμής θα πρέπει να περιλαμβάνονται τα ακόλουθα στοιχεία στις λεπτομέρειες πληρωμής.

205
Αριθμός ταυτότητας/Αρ. Διαβατηρίου
Αριθμός Πιστοποιητικού
Ονοματεπώνυμο

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 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>

6. 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(1)/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, νοουμένου 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

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.:

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

.....

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 last three years.
2	<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)
3	<input type="checkbox"/>	Certificate of non-bankruptcy obtained from the Department of Insolvency 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 professional liability insurance.
5	<input type="checkbox"/>	(The following statement does NOT apply to a Broker) 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.
6	<input type="checkbox"/>	Evidence of payment of required fees.

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 or any previous applications, 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).

The Superintendent of Insurance reserves the right to request any additional information he may require according to the Insurance and Reinsurance Business and Other Related Issues Laws and Regulations.

4. PAYMENT OF FEES

In order for the application to be examined the prescribed fee of €70 (seventy euro), has to be paid in accordance with Regulation 39 of the Insurance and Reinsurance matters and Other Related Issues Regulations.

In case the application is not submitted within at least one (1) month before the expiry date of the registration, the above fee is doubled.

The method of payment is exclusively through bank transfer in the Insurance Companies Control Service account with the Central Bank of Cyprus.

The details of the bank account are as follows:

Account Name	INSURANCE CO. CONTROL SERVICE
Account Number	6001053
Currency	Euro
IBAN No. Paper format	CY19 0010 0001 0000 0000 0600 1053
IBAN No. Electronic Format	CY19001000010000000006001053
SWIFT BIC	CBCYCY2NXXX

During the processing of the payment the following information should be included in the details of the payment.

205
Identity Card No. /Passport Number
Certificate No.
Name of the Intermediary

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:

- 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

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 Διανοητικής Ιδιοκτησίας

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:
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 βασιζόμενων 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:
---------------------------	-----------------------------

2.4 Αναφέρεται πιο κάτω τους διευθύνοντες της εταιρείας οι οποίοι θα είναι υπεύθυνοι για τη διανομή ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων.

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

2.5 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.

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 τα τελευταία τρία έτη. [για τους διευθύνοντες στην εταιρεία (Managers) και τους δηλωθέντες από την εταιρεία υπαλλήλους που ασχολούνται με τη διαμεσολάβηση]
2		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 τόσο για τους διευθυντές(Directors) που αναφέρονται στο Πιστοποιητικό Διευθυντών του Τμήματος Εφόρου Εταιρειών και Διανοητικής Ιδιοκτησίας όσο και για τους διευθύνοντες στην εταιρεία (Managers)] (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)
3		Πιστοποιητικό μη πτώχευσης που εξασφαλίζεται από το Τμήμα Αφερεγγυότητας και φέρει ημερομηνία όχι προγενέστερη των τριών μηνών από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης. [ισχύει τόσο για τους διευθυντές (Directors)]που αναφέρονται στο Πιστοποιητικό Διευθυντών του Τμήματος Εφόρου Εταιρειών και Διανοητικής Ιδιοκτησίας όσο και για τους διευθύνοντες (Managers) 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 ασφάλισης επαγγελματικής ευθύνης στο όνομα της εταιρείας.
5		(Η πιο κάτω δήλωση δεν αφορά Εταιρεία Μεσιτών Ασφαλίσεων) Υπεύθυνη δήλωση από το πρόσωπο για το οποίο ο διαμεσολαβητής θα ασκεί εργασίες διανομής ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων, ότι επιθυμεί την ανανέωση της εγγραφής του σε ένα από τα προβλεπόμενα Μητρώα.
6		Αποδεικτικό στοιχείο πληρωμής των απαιτούμενων τελών.

Σημείωση: Οι **διευθύνοντες** (managers) στην εταιρεία είναι τα άτομα τα οποία θα ασκούν εργασίες διαμεσολάβησης και οφείλουν να κατέχουν τα προσόντα και να ικανοποιούν τις προϋποθέσεις για εγγραφή ως ασφαλιστικοί διαμεσολαβητές. Οι **διευθυντές** (directors) της εταιρείας είναι τα άτομα που αναφέρονται στο Πιστοποιητικό Διευθυντών του Τμήματος Εφόρου Εταιρειών και Διανοητικής Ιδιοκτησίας.

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, καθώς και σε προγενέστερες αιτήσεις, 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).

Ο Έφορος Ασφαλίσεων διατηρεί το δικαίωμα να ζητήσει οποιοσδήποτε επιπρόσθετες πληροφορίες επιθυμεί σύμφωνα με τους περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμους και Κανονισμούς.

5. ΠΛΗΡΩΜΗ ΤΕΛΩΝ

Για να μπορέσει να εξεταστεί η αίτηση σας θα πρέπει να καταβληθεί το καθορισμένο τέλος των (€100.00 (εκατόν ευρώ) + €70.00 (εβδομήντα ευρώ) για κάθε διευθύνοντα που η εταιρεία έχει δηλώσει, σύμφωνα με τον Κανονισμό 39 των περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Κανονισμών.

Σε περίπτωση που η αίτηση δεν υποβληθεί έναν (1) τουλάχιστο μήνα πριν τη λήξη της ισχύος της εγγραφής του διαμεσολαβητή το καθορισμένο τέλος πιο πάνω διπλασιάζεται.

Ο τρόπος καταβολής του πιο πάνω τέλους γίνεται αποκλειστικά μέσω τραπεζικού εμβάσματος στο λογαριασμό της Υπηρεσίας Ελέγχου Ασφαλιστικών Εταιρειών στην Κεντρική Τράπεζα της Κύπρου.

Οι λεπτομέρειες του τραπεζικού λογαριασμού είναι οι ακόλουθες:

Account Name	INSURANCE CO. CONTROL SERVICE
Account Number	6001053
Currency	Euro
IBAN No. Paper format	CY19 0010 0001 0000 0000 0600 1053
IBAN No. Electronic Format	CY19001000010000000006001053
SWIFT BIC	CBCYCY2NXXX

Κατά τη διεκπεραίωση της πληρωμής θα πρέπει να περιλαμβάνονται τα ακόλουθα στοιχεία στις λεπτομέρειες πληρωμής.

205
Αριθμός εγγραφής εταιρείας ΗΕ
Αριθμός Πιστοποιητικού
Επωνυμία Νομικού προσώπου

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>

7. 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

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 Department of Registrar of Companies and Intellectual Property

.....

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.:
E-mail:
Website:

2. RENEWAL INFORMATION OF THE COMPANY

2.1 Mark with 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 Provide information regarding the managers of the company who will be responsible for the distribution of insurance/reinsurance products.

Full name	Identity Card Number (or Passport No.)	Class of Insurance
.....
.....
.....
.....

2.5 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.

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 last three years. (for the managers of the company and the employees declared by the company who will be responsible for the distribution of the insurance/reinsurance products)
2	<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 Department of Registrar of Companies and Intellectual Property 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)
3	<input type="checkbox"/>	Certificate of non-bankruptcy obtained by the Department of Insolvency 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 Department of Registrar of Companies and Intellectual Property 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 professional liability insurance in the name of the company.
5	<input type="checkbox"/>	(The following statement does NOT apply to an Insurance Brokerage Company) 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.
6	<input type="checkbox"/>	Evidence of payment of required fees.

Note: The Managers of the Company are the persons who will be involved in the distribution of insurance/reinsurance products and need to have the qualifications and fulfil the requirements for registration as an insurance distributor. The Directors of the Company are the persons referred to in the Directors Certificate from the Department of Registrar of Companies and Intellectual Property.

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, or any previous applications, 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).

The Superintendent of Insurance reserves the right to request any additional information he may require according to the Insurance and Reinsurance Business and Other Related Issues Laws and Regulations.

5. PAYMENT OF FEES

In order for the application to be examined the prescribed fee of €100 (one hundred euro) + €70 (seventy euro) for each declared manager of the company, has to be paid in accordance with Regulation 39 of the Insurance and Reinsurance matters and Other Related Issues Regulations.

In case the application is not submitted within at least one (1) month before the expiry date of the registration, the above fee is doubled.

The method of payment is exclusively through bank transfer in the Insurance Companies Control Service account with the Central Bank of Cyprus.

The details of the bank account are as follows:

Account Name	INSURANCE CO. CONTROL SERVICE
Account Number	6001053
Currency	Euro
IBAN No. Paper format	CY19 0010 0001 0000 0000 0600 1053
IBAN No. Electronic Format	CY19001000010000000006001053
SWIFT BIC	CBCYCY2NXXX

During the processing of the payment the following information should be included in the details of the payment.

205
Company Registration No. HE
Certificate No.
Name of the Company

6. PERSONAL DATA

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

The personal data requested with this Form 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>

7. 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: