



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ

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

Ο ΠΕΡΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ
ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΣΥΝΑΦΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΝΟΜΟΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΕ ΜΗΤΡΩΟ
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ/ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗΣ



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

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

Οδηγίες για τη συμπλήρωση του παρόντος Τύπου:

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

1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1 Ονοματεπώνυμο

.....

1.2 Ημερομηνία και τόπος γέννησης

Ημερομηνία γέννησης:

Τόπος γέννησης:

1.3 Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας (ΑΔΤ) ή Αρ. Διαβατηρίου

ΑΔΤ:

Χώρα έκδοσης:

Ημερομηνία λήξης:

Αρ. Διαβατηρίου:

Χώρα έκδοσης:

Ημερομηνία λήξης:

1.4 Υπηκοότητα/ες

.....

1.5 Διεύθυνση εργασίας

Οδός και αριθμός:

Τ.Κ.:

Δήμος/Ενορία/Χωριό και Επαρχία:

Χώρα:

1.6 Ταχυδρομική Διεύθυνση

Τ.Θ.:

Τ.Κ.:

1.7 Διεύθυνση διαμονής

Οδός και αριθμός:

Τ.Κ.:

Δήμος/Ενορία/Χωριό και Επαρχία:

Χώρα:

1.8 Στοιχεία επικοινωνίας

Τηλ. εργασίας:

Τηλ. οικίας:

Κινητό:

Φαξ:

Ηλεκτρονική Διεύθυνση:

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

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

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

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

ΝΑΙ:	ΟΧΙ:
------------	------------

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

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

2.4 Αναφέρετε αν κατείχατε προηγουμένως ειδική συμμετοχή ή θέση διευθύνοντος προσώπου σε ασφαλιστική/αντασφαλιστική επιχείρηση ή σε εταιρεία ασφαλιστικής/αντασφαλιστικής διαμεσολάβησης ή σε άλλη συναφή επιχείρηση του χρηματοπιστωτικού τομέα, της οποίας επιχείρησης η άδεια ανακλήθηκε για σοβαρή παραβίαση των υποχρεώσεών 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 Σε περίπτωση που εργοδοτείτε υπαλλήλους που θα συμμετέχουν άμεσα στη διανομή ασφαλιστικών/αντασφαλιστικών προϊόντων, να συμπληρωθούν τα στοιχεία τους:

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

3. ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ/ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ

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

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

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

ΣΗΜΕΙΩΣΗ:

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

4. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

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

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

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

Για οποιοσδήποτε πληροφορίες σε σχέση με τον τρόπο διαχείρισης των προσωπικών δεδομένων ανατρέξτε στην πολιτική προστασίας δεδομένων στην ιστοσελίδα της Υπηρεσίας Ελέγχου Ασφαλιστικών Εταιρειών στον ακόλουθο σύνδεσμο: <https://www.mof.gov.cy/mof/iccs.nsf>

5. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

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

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

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

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

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

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