



ΕΝΤΥΠΟ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΑΡΧΕΙΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ TRAINING RECORD CONFIRMATION FORM

Οδηγίες

- Οι Σελίδες 4 μέχρι 11 να συμπληρώνονται από ΟΛΟΥΣ τους αδειούχους ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές.
- Το Παράρτημα Ε συμπληρώνεται μόνο από ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές ή Εταιρείες Ασφαλιστικής διαμεσολάβησης οι οποίοι διατηρούν προσωπικό.
- Σε περίπτωση συμπλήρωσης του Παραρτήματος Ε οι Σελίδες 4 μέχρι 11 να συμπληρώνονται από το κάθε μέλος του προσωπικού ξεχωριστά.
- Σαρωμένο αντίγραφο θα πρέπει να αποστέλλετε στο ΠΣΕΑΔ με ηλεκτρονικό ταχυδρομεία στο info@psead.org.

Instructions

- Pages 4 to 11 must be filled by all licensed insurance intermediaries.
- Appendix E To be completed only by insurance intermediaries or insurance intermediation companies that employ staff.
- In case Pages Appendix E is completed pages 4 to 11 must be filled by all staff members.
- A scanned copy of the completed form should be mailed to PAPII at info@psead.org



Υπεύθυνη δήλωση Declaration

Δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω καλύψει όλες οι απαιτήσεις συνεχούς επαγγελματικής κατάρτισης και εξέλιξης σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 361 του Νόμου και του Κανονισμού 33.

I hereby affirmatively declare that I have fulfilled all my continues training and professional development obligations as per article 361 of the Law and of statute 33

Όνομα / Name:

Επίθετο / Surname:

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας ή Διαβατηρίου ID or Passport Number:

Όνομα διαμεσολαβητή ή/και Όνομα Εταιρείας ασφαλιστικής διαμεσολάβησης / Name of insurance intermediary and/or insurance intermediary company:

Αριθμός Πιστοποιητικού Εγγραφής διαμεσολαβητή ή/και Εταιρείας ασφαλιστικής διαμεσολάβησης / Registration Certificate Number of insurance intermediary and/or insurance intermediary company:

Διαμεσολαβητής Intermediary ΝΑΙ/YES ΟΧΙ/NO

Προσωπικό Διαμεσολαβητή Staff ΝΑΙ/YES ΟΧΙ/NO

Ημερομηνία Date

Όνομα ολογράφως

Full Name

Υπογραφή

Signature



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α APPENDIX A

ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ

Έτος Year	Ελάχιστες υποχρεωτικές ώρες γενικής εκπαίδευσης Minimum Required General CPD Hours	Συνολικές ώρες γενικής εκπαίδευσης Total General CPD Hours	Ελάχιστες υποχρεωτικές ώρες προϊοντικής εκπαίδευσης Minimum required Product CPD Hours	Συνολικές ώρες προϊοντικής εκπαίδευσης Total Product CPD Hours	Σύνολο ωρών CPD Overall CPD hours
	10				
	13				
	13				
Σύνολο Total	36				



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β APPENDIX B

ΛΙΣΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΜΕ ΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΣΥΝΕΡΓΑΖΕΣΤΕ LIST OF INSURANCE COMPANIES YOU WORK WITH

A/A	Όνομα Ασφαλιστικής Επιχείρησης / Insurance Company Name
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ APPENDIX C

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΕΩΝ -ΓΕΝΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ- ΑΝΑ ΕΤΟΣ LIST OF TRAININGS PER YEAR

Έτος Year	Τίτλος Προγράμματος Training Title	Ημερομηνία Παρακολούθησης Training Date	Ώρες CPD CPD Hours
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			



Έτος Year	Τίτλος Προγράμματος Training Title	Ημερομηνία Παρακολούθησης Training Date	Ώρες CPD CPD Hours
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			



Χρονιά Year	Τίτλος Προγράμματος Training Title	Ημερομηνία Παρακολούθησης Training Date	Ώρες CPD CPD Hours
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
		Σύνολο Total	



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ APPENDIX D

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΕΩΝ - ΠΡΟΙΟΝΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ - ΑΝΑ ΕΤΟΣ LIST OF TRAININGS PER YEAR

Έτος Year	Τίτλος Προγράμματος Training Title	Ημερομηνία Παρακολούθησης Training Date	Ώρες CPD CPD Hours	Όνομα Ασφαλιστικής Επιχείρησης Insurance Company Name
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				



Έτος Year	Τίτλος Προγράμματος Training Title	Ημερομηνία Παρακολούθησης Training Date	Ώρες CPD CPD Hours	Όνομα Ασφαλιστικής Επιχείρησης Insurance Company Name
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				



Έτος Year	Τίτλος Προγράμματος Training Title	Ημερομηνία Παρακολούθησης Training Date	Ώρες CPD CPD Hours	Όνομα Ασφαλιστικής Επιχείρησης Insurance Company Name
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
		Σύνολο ωρών CPD Overall CPD hours		



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε APPENDIX E

ΛΙΣΤΑ ΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΩΝ / LIST OF EMPLOYEES

Συμπληρώνετε μόνο από ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές ή Εταιρείες Ασφαλιστικής διαμεσολάβησης

To be completed only by insurance intermediaries or insurance intermediation companies

Διατηρώ προσωπικό / employee staff

ΝΑΙ/YES

ΟΧΙ/NO

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΙΤΗΤΗ- BE COMPLETED BY THE APPLICANT

Δώστε λεπτομέρειες για το πλήρες ιστορικό του προσωπικού σας τα τελευταία 3 χρόνια σας.

Please provide details of your full employee history for the last 3 years.

A/A	Όνομα / Name:	Επίθετο / Surname:	Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας ή Διαβατηρίου ID or Passport Number	Ημερομηνία πρώτης εργοδότησης Employment inception date	Ημερομηνία τερματισμού εργοδότησης Employment termination date	Θέση / Position
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						