



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 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 €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