



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



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