

**Dossier d'agrément ou de notification d'une personne physique  
comme agent, dirigeant  
ou comme administrateur d'une agence d'assurance**

Type d'activité :	<input type="text"/>
Fonction sollicitée :	<input type="text"/>
La personne a-t-elle déjà été notifiée/agrée par le CAA ?	<input type="text"/>
La personne a-t-elle déjà été notifiée/agrée par une autre autorité de surveillance ?	<input type="text"/>
Dans l'affirmative, auprès de quelle autre autorité de contrôle a-t-elle été notifiée/agrée en dernier lieu ?	<input type="text"/>

L'ensemble des sections requises pour la notification ou la demande (voir ci-dessous)  
est à remplir de manière électronique, puis à imprimer et à signer.

Le document signé et le fichier électronique (au format PDF original, non scanné)  
sont à adresser au Commissariat aux Assurances par voie postale  
et, respectivement, par courriel à [gouvernance@caa.lu](mailto:gouvernance@caa.lu)  
avec l'ensemble des pièces justificatives requises aux sections applicables  
(originaux et scans des pièces au format PDF).

Ce formulaire ne dispense pas de préciser la demande au CAA dans le courrier d'accompagnement  
ni de fournir les informations complémentaires qui seraient demandées ultérieurement par le CAA  
(évaluation par l'entreprise de l'honorabilité et des compétences de la personne, par exemple).

- |   |   |
|---|---|
| Section 1 : à renseigner systématiquement | 1. Identification de la personne physique |
| Section 2 : à renseigner systématiquement | 2. Fonction sollicitée                    |
| Section 3 : à renseigner systématiquement | 3. Déclaration sur l'honneur              |
| Section 4 : à renseigner systématiquement | 4. Compétence                             |

## **Déclaration du CAA relative aux données personnelles**

Les données personnelles collectées par le biais du présent formulaire sont traitées par le CAA en vue d'accomplir les missions qui lui sont dévolues par la loi en matière de surveillance du secteur des assurances au Grand-Duché de Luxembourg, notamment par la loi modifiée du 7 décembre 2015 sur le secteur des assurances. La surveillance de personnes morales et physiques est stipulée à l'article 2 de ladite loi et les pouvoirs du CAA sont définis à l'article 4.

Les missions du CAA concernent en particulier les exigences d'honorabilité et de compétence visées par ladite loi aux articles 72 (direction et autres fonctions clés des entreprises d'assurance et de réassurance), 89 (candidats à l'acquisition d'une entreprise d'assurance ou de réassurance), 133 (mandataire général d'une succursale dans un pays tiers), 201 (administrateurs et dirigeants de certaines sociétés holding), 221 (administrateurs et dirigeants de conglomérats financiers), 261 (professionnels du secteur de l'assurance, dits PSA), 274 (toutes les fonctions soumises à un agrément), 281 (intermédiaires d'assurances et de réassurances) et 296 (candidats à l'acquisition d'un PSA ou d'un intermédiaire).

Les informations personnelles collectées et traitées par le CAA répondent également aux missions déterminées par la loi transposant la directive (UE) 2016/97 du 20 janvier 2016 sur la distribution d'assurances (IDD) et par le règlement du CAA 13/01 du 23 décembre 2013 relatif à la lutte contre le blanchiment et contre le financement du terrorisme (LBC/FT).

Les données personnelles sont conservées aussi longtemps que la personne est susceptible d'exercer une des fonctions citées précédemment ou de soumettre une nouvelle notification ou demande d'agrément.

Ces données personnelles sont susceptibles d'être confrontées à d'autres informations collectées par le CAA mais elles ne font pas l'objet d'une prise de décision automatisée.

Ces données personnelles seront traitées dans le cadre des missions légales du CAA et pourront être communiquées à d'autres autorités européennes avec lesquelles la réglementation applicable au CAA impose une coopération internationale.

Conformément au chapitre VI de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel et conformément au règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, la personne concernée dispose de certains droits, dont notamment le droit d'accéder aux informations qui la concernent, le droit de rectifier les informations inexactes ou encore le droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.

Délégué à la protection des données : M. Patrick Conrardy - email: dpo@caa.lu

Section 1

-

**Identification de la personne physique**

L'intégralité de la section est à remplir de manière électronique, puis à imprimer et à signer.  
Les informations sont à mettre à jour à chaque nouvelle notification ou demande d'agrément.  
Les informations obligatoires sont indiquées par un astérisque (\*) sur la droite.

Pièce à joindre obligatoirement : Copie d'une pièce d'identité en cours de validité

**Identification de la personne physique soussignée**

Titre		101
Nom(s) du soussigné tel(s) que figurant sur la pièce d'identité jointe au dossier		102 *
Nom d'usage, si différent (p.ex. nom d'épouse)		103
Prénom(s) du soussigné tel(s) que figurant sur la pièce d'identité jointe au dossier		104 *
Prénom d'usage, si différent		105
Sexe		106 *
Date de naissance		107 *
Lieu de naissance		108 *
Pays de naissance		109 *
Nationalité (conforme à la pièce d'identité jointe au dossier)		110 *
Si applicable : seconde nationalité		111
Adresse de courriel		112
Numéro de téléphone		113
Pays de résidence et pays de l'activité principale au cours des 5 dernières années Veuillez n'indiquer qu'une seule fois le même pays.		114 *
		115
		116
		117
		118

**Je soussigné(e)** \_\_\_\_\_  
**déclare sincères et exactes les informations renseignées dans le présent document.**

**Le soussigné reconnaît et accepte qu'au cas où le présent document serait inexact, son honorabilité, telle que définie à l'article 32 de la Loi modifiée du 7 décembre 2015 sur le secteur des assurances, serait compromise.**

Date de la signature		119 *
Signature		120 *

Section 2

-

**Fonction sollicitée par une personne physique**

La section est à remplir de manière électronique, puis à imprimer intégralement et à signer.  
Les informations sont à mettre à jour à chaque nouvelle notification ou demande d'agrément.  
Les informations obligatoires sont indiquées par un astérisque (\*) sur la droite.  
Les listes déroulantes sont signalées par un fond de couleur grisée.

**1a. Identification de ou des entreprises d'assurance dans laquelle l'activité d'agent d'assurance est sollicitée**

Entreprise d'assurance	Mode d'exercice
	200 201
	202 203
	204 205
	206 207
	208 209
	210 211

**1b. Identification de l'agence d'assurance dans laquelle l'activité d'agent d'assurance est exercée**

Agence d'assurance	Mode d'exercice
	212 213

**1c. Identification de l'agence d'assurance dans laquelle une fonction de dirigeant ou d'administrateur est notifiée**

Agence d'assurance	Mode d'exercice
	214 215

**2. Conflits d'intérêt**

Description des éventuels conflits d'intérêt liés à la fonction sollicitée et des mesures prises pour les prévenir ou pour en limiter les effets
Si aucun, cocher cette case : <input type="checkbox"/>

### 3. Autres activités exercées par la personne physique soussignée

Fonctions professionnelles autres que d'intermédiaire d'assurance exercées au sein du groupe dont font partie les entreprises d'assurance pour lesquels l'agrément d'agent est sollicité

Si aucune, cocher cette case :  218

Entreprise	Fonction
219	220
221	222
223	224
225	226
227	228

Fonctions professionnelles en dehors du groupe dont font partie les entreprises d'assurance pour lesquelles l'agrément d'agent est sollicité

Si aucune, cocher cette case :  229

Entreprise	Fonction
230	231
232	233
234	235
236	237
238	239

Autres activités professionnelles

Si aucune, cocher cette case :  240

241

Toutes participations directes et indirectes du soussigné (≥10%) dans une entreprise : préciser à chaque fois le taux de participation total et l'autorité de surveillance lorsqu'il s'agit d'une entité d'intérêt public (ou PIE)

Si aucune, cocher cette case :  242

Entreprise	Taux de participation (direct et indirect)	Autorité de surveillance
243	244	245
246	247	248
249	250	251
252	253	254
255	256	257

Liens étroits (en particulier de nature économique, financière, contractuelle ou familiale s'il y a un intérêt commun patrimonial) avec d'autres administrateurs ou dirigeants de l'entreprise, et avec des investisseurs ou actionnaires de l'entreprise (participation ≥ 10 %)

Si aucun, cocher cette case :  258

259

Je soussigné(e)

déclare sincères et exactes les informations renseignées dans le présent document.

**Le soussigné reconnaît et accepte qu'au cas où le présent document serait inexact, son honorabilité, telle que définie à l'article 32 de la Loi modifiée du 7 décembre 2015 sur le secteur des assurances, serait compromise.**

Date de la signature  260 \*

Signature  261 \*

Section 3

-

**Déclaration sur l'honneur**

L'intégralité de la section est à remplir de manière électronique, puis à imprimer et à signer.  
Les informations sont à mettre à jour à chaque nouvelle notification ou demande d'agrément.  
Les informations obligatoires sont indiquées par un astérisque (\*) sur la droite.

Pièce(s) à joindre obligatoirement sauf si le  
CAA dispose déjà de ces pièces datant de moins  
de 3 mois au titre d'une autre demande

Extrait du casier judiciaire datant de moins de 3 mois  
établis par les autorités du pays de résidence

et

Extrait du casier judiciaire datant de moins de 3 mois  
établis par les autorités du pays de résidence  
prépondérant au cours des 10 dernières années si  
différent de l'extrait précédent

et

pour les personnes candidates à une fonction dirigeante  
soumise à agrément, une fonction clé ou la fonction de  
responsable de la lutte contre le blanchiment, et dans la  
mesure où la déclaration sur l'honneur de la présente  
section n'est pas faite devant une autorité judiciaire ou  
administrative compétente ou, le cas échéant, devant un  
notaire: une déclaration sous serment – ou, dans les  
Etats où un tel serment n'est pas prévu, une déclaration  
solennelle – faite devant une autorité judiciaire ou  
administrative compétente ou, le cas échéant, un  
notaire de l'Etat d'origine ou de provenance dudit  
ressortissant étranger, sur la question de savoir si la  
personne n'a pas été déclarée antérieurement en faillite.



**Je soussigné(e)**   
**déclare sur mon honneur et au mieux de ma connaissance :**

<input type="checkbox"/>	a) ne pas avoir fait l'objet ou ne pas actuellement faire l'objet d'une procédure de faillite frauduleuse, d'insolvabilité, de moratoire, de gestion contrôlée, de sursis de paiement, de liquidation judiciaire, de réorganisation ou toute autre procédure similaire affectant généralement les droits des créanciers, au Luxembourg ou dans toute autre juridiction ;	501
<input type="checkbox"/>	b) ne pas avoir été ou ne pas être actuellement administrateur, dirigeant ou avoir une autre fonction dirigeante ou une influence significative dans une société, une personne morale ou une autre entité juridique qui a fait l'objet ou qui fait l'objet d'une procédure de faillite frauduleuse, d'insolvabilité, de moratoire, de gestion contrôlée, de sursis de paiement, de liquidation judiciaire, de réorganisation ou toute autre procédure similaire affectant généralement les droits des créanciers, ou qui a eu ou qui a actuellement une influence significative sur une société faisant l'objet de telles procédures, au Luxembourg ou dans toute autre juridiction ;	502
<input type="checkbox"/>	c) n'avoir jamais eu d'antécédent pénal concernant mon activité, ne pas avoir été visé par une enquête pénale ou une procédure pénale, mandat d'arrêt, procédure de remise entre Etats ou avoir fait l'objet de la détention préventive, d'une mesure d'emprisonnement, d'une amende pénale ou d'une autre sanction pénale et ne pas avoir fait l'objet d'une procédure de nature civile ou administrative concernant mon activité et ne pas avoir fait l'objet de mesures disciplinaires concernant mon activité (y inclus la disqualification en tant qu'administrateur d'une société ou dans le contexte d'une faillite frauduleuse, d'une procédure d'insolvabilité ou de mesures similaires) ou ne pas faire actuellement l'objet des enquêtes, procédures ou mesures décrites ci-dessus, au Luxembourg ou dans toute autre juridiction ;	503
<input type="checkbox"/>	d) ne pas avoir été soumis ou actuellement faire l'objet d'enquêtes, de procédures d'exécution ou de sanctions par une autorité de surveillance, au Luxembourg ou dans toute autre juridiction ;	504
<input type="checkbox"/>	e) ne pas avoir été ou ne pas être actuellement administrateur, dirigeant ou actionnaire dans une entité qui a fait ou qui fait actuellement l'objet d'enquêtes, de procédures d'exécution ou de sanctions par une autorité de surveillance, au Luxembourg ou dans toute autre juridiction ;	505
<input type="checkbox"/>	f) ne pas avoir subi de refus ou de retrait d'agrément, d'immatriculation, d'enregistrement, d'autorisation, d'adhésion ou de licence pour exercer une activité, un commerce ou une profession, ne pas avoir fait l'objet d'un retrait, d'une révocation ou d'une résiliation d'agrément, d'immatriculation, d'enregistrement, autorisation, adhésion ou licence, ne pas avoir fait l'objet d'une mesure de renvoi par un organe réglementaire ou administratif, au Luxembourg ou dans toute autre juridiction ;	506
<input type="checkbox"/>	g) ne pas avoir été licencié, ni encouragé à démissionner, d'un emploi ou d'une position de confiance, d'une relation fiduciaire ou d'une situation similaire au motif d'un grave manquement à des obligations professionnelles, au Luxembourg ou dans toute autre juridiction ;	507

Autres remarques ou explications du soussigné sur les points susmentionnés, notamment si un des points ne peut pas être confirmé par le soussigné. Veuillez annexer toute pièce explicative nécessaire.

<input type="text"/>	508
----------------------	-----

**En signant la présente déclaration sur l'honneur, le soussigné s'engage à informer le CAA sans délai au cas où des éléments sur lesquels porte la présente déclaration se trouveraient modifiés à l'avenir.**

**Le soussigné reconnaît et accepte qu'au cas où la présente déclaration sur l'honneur serait inexacte, son honorabilité, telle que définie à l'article 32 de la Loi modifiée du 7 décembre 2015 sur le secteur des assurances, serait compromise.**

**En signant la présente déclaration sur l'honneur, le soussigné s'engage à agir vis-à-vis du CAA de manière ouverte et loyale, et à lui transmettre de manière appropriée et activement toute information dont le CAA peut raisonnablement attendre qu'elle lui soit communiquée pour les besoins de sa surveillance.**

Lieu de la signature	<input type="text"/>	509 *
Date de la signature	<input type="text"/>	510 *
Signature	<input type="text"/>	511 *

Section 4  
-  
**Compétence**

La section est à remplir de manière électronique, puis à imprimer et à signer.  
Les informations sont à mettre à jour à chaque nouvelle notification ou demande d'agrément.  
Les informations obligatoires sont indiquées par un astérisque (\*) sur la droite.  
Les listes déroulantes sont signalées par un fond de couleur grisée.

Pièces à joindre :  
*(sauf si les pièces ont déjà été fournies lors d'une  
notification antérieure)*

Copie(s) de certification(s) et diplôme(s) obtenu(s)  
Attestation(s) de formation(s) complémentaire(s)/continue(s)  
Attestation(s) d'agrément ou d'immatriculation dans un registre d'intermédiaires étranger  
Attestation(s) d'emploi dans le secteur des assurances

**4.0. Informations générales (à renseigner pour le premier agrément comme agent dans les branches sollicitées si une dispense d'examen est demandée ainsi que pour toutes les autres fonctions visées par le présent formulaire)**

Type de la principale formation  601 \*

Diplôme obtenu dans cette formation  602 \*

Liste des formations de type universitaire, en commençant par les plus récentes \*

Pays	Nom de l'établissement	Nom de la formation	Durée (années)	Diplôme obtenu	Année diplôme
<input type="text"/> 611	<input type="text"/> 612	<input type="text"/> 613	<input type="text"/> 614	<input type="text"/> 615	<input type="text"/> 616
<input type="text"/> 621	<input type="text"/> 622	<input type="text"/> 623	<input type="text"/> 624	<input type="text"/> 625	<input type="text"/> 626
<input type="text"/> 631	<input type="text"/> 632	<input type="text"/> 633	<input type="text"/> 634	<input type="text"/> 635	<input type="text"/> 636
<input type="text"/> 641	<input type="text"/> 642	<input type="text"/> 643	<input type="text"/> 644	<input type="text"/> 645	<input type="text"/> 646

Formations professionnelles ou formations complémentaires en indiquant les plus pertinentes pour les fonctions sollicitées \*

Si aucune, cocher cette case :  620

Pays	Nom de l'établissement	Nom de la formation	Année début	Durée (heures)	Année fin
<input type="text"/> 651	<input type="text"/> 652	<input type="text"/> 653	<input type="text"/> 654	<input type="text"/> 655	<input type="text"/> 656
<input type="text"/> 661	<input type="text"/> 662	<input type="text"/> 663	<input type="text"/> 664	<input type="text"/> 665	<input type="text"/> 666
<input type="text"/> 671	<input type="text"/> 672	<input type="text"/> 673	<input type="text"/> 674	<input type="text"/> 675	<input type="text"/> 676
<input type="text"/> 681	<input type="text"/> 682	<input type="text"/> 683	<input type="text"/> 684	<input type="text"/> 685	<input type="text"/> 686

Autres certifications ou autres diplômes obtenus en lien avec les fonctions sollicitées \*

Si aucune, cocher cette case :  630

Pays	Organisme ayant délivré la certification ou le diplôme	Certification ou diplôme obtenu	Année
<input type="text"/> 691	<input type="text"/> 692	<input type="text"/> 693	<input type="text"/> 694
<input type="text"/> 701	<input type="text"/> 702	<input type="text"/> 703	<input type="text"/> 704
<input type="text"/> 711	<input type="text"/> 712	<input type="text"/> 713	<input type="text"/> 714
<input type="text"/> 721	<input type="text"/> 722	<input type="text"/> 723	<input type="text"/> 724

Expérience professionnelle comme intermédiaire d'assurance				Si aucune, cocher cette case : <input type="checkbox"/> 730	
Pays	Nom de l'entreprise pour le compte de laquelle les activités d'intermédiaire ont été exercées	Type d'intermédiaire	Durée en mois		
<input type="text"/> 731	<input type="text"/> 732	<input type="text"/> 733	<input type="text"/> 734	<input type="text"/> 734	<input type="text"/> 734
<input type="text"/> 741	<input type="text"/> 742	<input type="text"/> 743	<input type="text"/> 743	<input type="text"/> 744	<input type="text"/> 744
<input type="text"/> 751	<input type="text"/> 752	<input type="text"/> 753	<input type="text"/> 753	<input type="text"/> 754	<input type="text"/> 754
<input type="text"/> 761	<input type="text"/> 762	<input type="text"/> 763	<input type="text"/> 763	<input type="text"/> 764	<input type="text"/> 764

Expérience professionnelle hors intermédiation en assurance				Si aucune, cocher cette case : <input type="checkbox"/> 770	
	Durée		Fonction principale		
<i>dans le secteur des assurances</i>	<input type="text"/> années 771	<input type="text"/> 771	<input type="text"/> 772	<input type="text"/> 772	<input type="text"/> 772
<i>dans le secteur financier</i>	<input type="text"/> années 773	<input type="text"/> 773	<input type="text"/> 773	<input type="text"/> 774	<input type="text"/> 774
<i>dans d'autres secteurs</i>	<input type="text"/> années 775	<input type="text"/> 775	<input type="text"/> 775	<input type="text"/> 776	<input type="text"/> 776
<i>totale</i>	<input type="text"/> années				
<i>dont expérience dans l'entreprise ou le même groupe que la fonction sollicitée</i>	<input type="text"/> années 777	<input type="text"/> 777			

<b>Autres informations</b> permettant d'apprécier les compétences dans la fonction sollicitée	<input type="text"/>	<input type="text"/> 778
---	----------------------	--------------------------

**4.1 Informations complémentaires pour notifier une fonction de membre du comité de direction d'une agence d'assurance comportant un effectif de 5 personnes ou plus pour les activités d'intermédiation**

Expérience en direction d'entreprise et management d'équipe							
Fonction exercée		Entité dirigée		Nombre de subordonnés		Période (dates de début et de fin)	Motif de cessation
	781		782		783		784
	791		792		793		794
	801		802		803		804
	811		812		813		814
							815

**4.2 Informations à fournir en cas de transfert d'un agent d'assurances, de reprise d'activité consécutive à une renonciation à l'agrément d'agent ou de sous-courtier**

Au cas où l'agrément est sollicité dans les six mois de la renonciation à un agrément d'agent auprès d'une ou de plusieurs autres compagnies d'assurance ou à un agrément comme sous-courtier, l'intéressé était-il à jour de ses obligations en matière de formation continue au 31 décembre de l'année qui précède la présente demande ?  820

En cas de réponse négative à la question précédente ou en cas de reprise d'une activité plus de six mois après la renonciation à un agrément précédent, l'intéressé a-t-il participé à une formation de remise à niveau en accord avec les prescriptions minimales du CAA ?  821

**Je soussigné(e)**  **déclare sincères et exactes les informations renseignées dans le présent document.** \*

**Le soussigné reconnaît et accepte qu'au cas où le présent document serait inexact, son honorabilité, telle que définie à l'article 32 de la Loi modifiée du 7 décembre 2015 sur le secteur des assurances, serait compromise.**

Date de la signature	<input type="text"/>	830 *
Signature	<input type="text"/>	831 *

Commissariat aux Assurances  
7, boulevard Joseph II  
**L-1840 Luxembourg**

Monsieur le Président du Comité de direction,

La/les entreprises d'assurance :

a/ont l'honneur de prier le Commissariat aux Assurances de bien vouloir agréer en qualité d'agent d'assurances

1. Nom :
2. Prénom :
3. Date de naissance :
4. Lieu de naissance :
5. Pays de naissance :

Veillez agréer, Monsieur le Président du Comité de direction, l'assurance de notre haute considération.

Signature pour acceptation

Pour la/les entreprises d'assurance (nom du signataire et signature),  
le :

**Vu pour approbation,**

Luxembourg, le