

**Dossier d'agrément ou de notification d'une personne physique
comme sous-courtier d'assurance**

Fonction sollicitée :

La personne a-t-elle déjà été notifiée/agrèée par le CAA ?

La personne a-t-elle déjà été notifiée/agrèée
par une autre autorité de surveillance ?

Dans l'affirmative, auprès de quelle autre autorité de
contrôle a-t-elle été notifiée/agrèée en dernier lieu ?

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
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.

1. Identification de la société de courtage dans laquelle l'activité de sous-courtier d'assurance est exercée

Société de courtage	Mode d'exercice
300	301

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"/>	302
	303

3. Autres activités exercées par la personne physique soussignée

Fonctions professionnelles autres que d'intermédiaire d'assurance exercées au sein du groupe dont fait partie la société de courtage pour laquelle l'agrément de sous-courtier est sollicité

Si aucune, cocher cette case : 400

Entreprise	Fonction
401	402
403	404
405	406
407	408
409	410

Fonctions professionnelles en dehors du groupe dont fait partie la société de courtage pour laquelle l'agrément de sous-courtier est sollicité

Si aucune, cocher cette case : 411

Entreprise	Fonction
412	413
414	415
416	417
418	419
420	421

Autres activités professionnelles

Si aucune, cocher cette case : 422

	423
--	-----

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 : 424

Entreprise	Taux de participation (direct et indirect)	Autorité de surveillance
425	426	427
428	429	430
431	432	433
434	435	436
437	438	439

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 : 440

	441
--	-----

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 442 *

Signature 443 *

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 sous-courtier dans les branches sollicitées si une dispense d'examen est demandée)

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 : <input type="checkbox"/>										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 : <input type="checkbox"/>										630	
Pays		Organisme ayant délivré la certification ou le diplôme			Certification ou diplôme obtenu			Année			
<input type="text"/>	691	<input type="text"/>	<input type="text"/>	692	<input type="text"/>	<input type="text"/>	693	<input type="text"/>	694		
<input type="text"/>	701	<input type="text"/>	<input type="text"/>	702	<input type="text"/>	<input type="text"/>	703	<input type="text"/>	704		
<input type="text"/>	711	<input type="text"/>	<input type="text"/>	712	<input type="text"/>	<input type="text"/>	713	<input type="text"/>	714		
<input type="text"/>	721	<input type="text"/>	<input type="text"/>	722	<input type="text"/>	<input type="text"/>	723	<input type="text"/>	724		

Expérience professionnelle comme intermédiaire d'assurance Si aucune, cocher cette case : 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"/> 741	<input type="text"/> 742	<input type="text"/> 743	<input type="text"/> 744
<input type="text"/> 751	<input type="text"/> 752	<input type="text"/> 753	<input type="text"/> 754
<input type="text"/> 761	<input type="text"/> 762	<input type="text"/> 763	<input type="text"/> 764

Expérience professionnelle hors intermédiation en assurance Si aucune, cocher cette case : 770

	Durée	Fonction principale
<i>dans le secteur des assurances</i>	<input type="text"/> années 771	<input type="text"/> 772
<i>dans le secteur financier</i>	<input type="text"/> années 773	<input type="text"/> 774
<i>dans d'autres secteurs</i>	<input type="text"/> années 775	<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	

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

4.1 Informations à fournir en cas de transfert d'un sous-courtier 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 de sous-courtier d'assurance auprès d'une autre société de courtage ou à un agrément comme agent d'assurance, 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 Ministre,

La société de courtage en assurances

a l'honneur de vous prier de bien vouloir agréer en qualité de

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

Veillez agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de notre haute considération.

Signature pour acceptation

Pour la société de courtage (nom du signataire et signature),
le :

Vu pour approbation

Luxembourg, le