XUNTA DE GALICIA | CONSELLERÍA DE FACENDA E ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

ANEXO XI

PROCEDEMENTO	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO	DOCUMENTO
INSCRICIÓN NO REXISTRO ADMINISTRATIVO DE DISTRIBUIDORES DE SEGUROS E REASEGUROS DA COMUNIDADE AUTÓNOMA DE GALICIA DUNHA PERSOA AXENTE DE SEGUROS VINCULADA, MODIFICACIÓN DE DATOS OU SOLICITUDE DE CANCELACIÓN	**FA301B**	**SOLICITUDE**

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

NOME/RAZÓN SOCIAL | PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO | NIF

TIPO | NOME DA VÍA | NÚM. | BLOQ. | ANDAR | PORTA

PARROQUIA | LUGAR

CÓDIGO POSTAL | PROVINCIA | CONCELLO | LOCALIDADE

TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | CORREO ELECTRÓNICO

PÁXINA WEB | TELÉFONO DE ATENCIÓN AO PÚBLICO

Nº DE CÓDIGO DA ADMINISTRACIÓN AUTONÓMICA DE GALICIA DO AXENTE DE SEGUROS NO SUPOSTO DE MODIFICACIÓN DE DATOS OU SOLICITUDE DE CANCELACIÓN

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

NOME/RAZÓN SOCIAL | PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO | NIF

DATOS PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

Todas as notificacións ás persoas interesadas realizaranse só por medios electrónicos a través do Sistema de notificación electrónica de Galicia-Notifica.gal https://notifica.xunta.gal
Só se poderá acceder á notificación co certificado electrónico ou Chave365.
Enviaranse avisos da posta á disposición da notificación no correo electrónico e/ou teléfono móbil facilitados a seguir e que poderán cambiar en calquera momento a través de Notifica.gal:

TELÉFONO MÓBIL | CORREO ELECTRÓNICO

OBXECTO DA SOLICITUDE (marque cun "X" o que desexa solicitar)

- ☐ Inscrición no rexistro dunha persoa axente de seguros. Complementario/a: ◯ SI ◯ NON
- ☐ Modificación de datos
- ☐ Cancelación

A PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE DECLARA:

1. A información incluída nesta solicitude é certa, exacta e completa.
2. Reúne os requisitos que lle son normativamente exixibles de conformidade coa regulación aplicable, para desenvolver a actividade de axente de seguros.
3. Notificará á administración autonómica calquera cambio que se produza na información incluída na solicitude de inscrición e nos anexos que acompañan á dita solicitude, de conformidade co modelo correspondente.
4. Coñece as responsabilidades do exercicio da actividade derivadas da lexislación do sector no que vai operar, así como as directivas e regulamentos comunitarios, no caso de solicitude de inscrición no rexistro.
5. Coñece que a avaliación desta solicitude de inscrición por parte do órgano competente obterase sobre a base da veracidade e exactitude das declaracións contidas neste documento e que a Administración autonómica de Galicia denegará a solicitude de inscrición, coa debida motivación, se comproba que o solicitante non reúne os requisitos necesarios ou se, durante o proceso de avaliación da solicitude, se achega información falsa, enganosa, ou se omite información relevante ou non se emendan as deficiencias identificadas durante o proceso a requirimento do órgano competente, no caso de solicitude de inscrición no rexistro.

A PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE DECLARA: (continuación)

6. Que na publicidade e documentación mercantil figurará, de maneira destacada, a expresión "axente de seguros" ou "axencia de seguros", información sobre o rexistro administrativo de distribuidores de seguros no que figura inscrito e, se é o caso, se ten contratado un seguro de responsabilidade civil ou outra garantía financeira. Así mesmo facilitará información sobre as entidades aseguradoras coas que teñan contratos de axencia.
7. Que vai facilitar aos clientes a información previa a que fan referencia os artigos 173, 175 e 176, cumprindo as modalidades de transmisión da información previstas no artigo 182 do Real Decreto Lei 3/2020, de 4 de febreiro.
8. Que aplicará os requisitos adicionais dos artigos 178 a 181 e que nas modalidades de transmisión da información cumprirase o exixido nos artigos 182 e 183 do Real Decreto Lei 3/2020, de 4 de febreiro, no caso de distribuír produtos de investimento baseados en seguros.
9. Que se compromete a cumprir os deberes de información para os casos de vendas cruzadas e combinadas previstas no artigo 184 do Real Decreto Lei 3/2020, de 4 de febreiro.

DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA OU XA PRESENTADA CON ANTERIORIDADE

☐ Datos identificativos das persoas administradoras e altos cargos de acordo co anexo IV. Débese xuntar a acreditación da formación declarada.			
☐ Declaración de Honorabilidade comercial e profesional das persoas socias con participación significativa, das persoas administradoras, da persoa responsable da actividade de distribución ou, se é o caso, das persoas que forman parte do órgano de dirección responsable da actividade de distribución de conformidade con anexo V.			
☐ Declaración de honorabilidade comercial e profesional das persoas que participan directamente na distribución de seguros asinada pola persoa distribuidora, de conformidade co anexo VI.			
☐ Información relativa á xestión de fondos de clientes de acordo cos datos solicitados no anexo VIII.			
☐ Declaración de non incorrer en incompatibilidade de conformidade con anexo IX.			
☐ Memoria, de acordo co anexo XII. Débese xuntar a acreditación da formación declarada.			
☐ Declaración de socios de conformidade co anexo XIII, no caso de sociedades mercantís.			
☐ As persoas xurídicas, copia da escritura ou documento de constitución e, se é o caso, das modificacións posteriores, inscritas no Rexistro Mercantil ou no rexistro correspondente, respectivamente.			
☐ Contratos de axencia.			
☐ Programa de formación continua aplicable segundo o artigo 149.3.e) do Real Decreto Lei 3/2020, de 4 de febreiro.			
☐ De estar exercendo como axente de seguros exclusivo, se é o caso, consentimento da entidade aseguradora para subscribir contratos con outras entidades ou acreditación da solicitude de baixa con selo de entrada na compañía de seguros da que é axente exclusivo, na que se comunique a rescisión do contrato de axencia e copia do contrato que conceda esa facultade de rescisión unilateral.			
☐ Xustificación do aboamento da taxa 30.41.02 "Inscrición dun axente de seguros vinculado, dun corredor de seguros ou de reaseguros, persoa física" ou 30.41.03 "Inscrición dunha sociedade de axencia de seguros ou dun operador de banca-seguros, exclusivos ou vinculados, dunha sociedade de corretoría de seguros ou de reaseguros".			
☐ Xustificación do aboamento da taxa 30.41.04 "Inscrición de cargos de administración e de dirección responsables das actividades de mediación de seguros ou de reaseguros das sociedades de axencia de seguros ou dos operadores de banca-seguros, exclusivos ou vinculados, de corredoría de seguros ou de reaseguros (por cada alto cargo)" ou 30.41.05 "Inscrición de calquera outro acto inscritible ou pola modificación dos inscritos (por cada un deles)".			
	ÓRGANO	CÓD. PROC.	ANO
☐ Documento acreditativo da representación, se é o caso.			

COMPROBACIÓN DE DATOS

Os documentos relacionados serán obxecto de consulta ás administracións públicas. No caso de que as persoas interesadas se opoñan a esta consulta, deberán indicalo no recadro correspondente e achegar unha copia dos documentos.	OPÓÑOME Á CONSULTA
DNI/NIE da persoa solicitante	☐
DNI/NIE da persoa representante	☐
CONSENTIMENTO PARA A COMPROBACIÓN DE DATOS A persoa interesada autoriza a consulta a outras administracións públicas dos seguintes datos. De non autorizar a consulta, deberá achegar o documento correspondente.	AUTORIZO A CONSULTA
NIF da entidade solicitante	☐ SI ☐ NON

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE A PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS

Responsable do tratamento	Xunta de Galicia. Consellería de Facenda e Administración Pública.
Finalidades do tratamento	Tramitar este procedemento, verificar os datos e documentos que a persoa interesada achegue na súa solicitude para comprobar a exactitude destes, levar a cabo as actuacións administrativas que se deriven e informar sobre o estado de tramitación. Así mesmo, os datos persoais incluiranse na Carpeta Cidadá de cada persoa interesada para facilitar o acceso á información, tanto persoal como de carácter administrativo.
Lexitimación para o tratamento	O cumprimento dunha tarefa en interese público ou o exercicio de poderes públicos segundo a normativa recollida no formulario, na páxina https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos e na ficha do procedemento na Guía de procedementos e servizos. Consentimento das persoas interesadas, cando corresponda.
Destinatarios dos datos	As administracións públicas no exercicio das súas competencias.
Exercicio de dereitos	As persoas interesadas poderán solicitar o acceso, rectificación, oposición, limitación, portabilidade e supresión dos seus datos ou retirar, se é o caso, o consentimento outorgado a través da sede electrónica da Xunta de Galicia ou nos lugares e rexistros establecidos na normativa reguladora do procedemento administrativo común, segundo se recolle en https://www.xunta.gal/exercicio-de-dereitos.
Contacto coa persoa delegada de protección de datos e máis información	https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos

LEXISLACIÓN APLICABLE

Orde do 4 de maio de 2022 pola que se regula o Rexistro Administrativo de Distribuidores de Seguros e Reaseguros da Comunidade Autónoma de Galicia (códigos de procedemento FA301A e FA301B).

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

_____ , _____ de _____ de _____

XUNTA DE GALICIA | CONSELLERÍA DE FACENDA E ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

ANEXO XII

MEMORIA

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF

○ PERSOA FÍSICA ○ PERSOA XURÍDICA

NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF

TIPO	NOME DA VÍA	NÚM.	BLOQ.	ANDAR	PORTA

PARROQUIA	LUGAR

CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	CONCELLO	LOCALIDADE

TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	CORREO ELECTRÓNICO

PÁXINA WEB	TELÉFONO DE ATENCIÓN AO PÚBLICO

- ☐ Entidades aseguradoras e ramos de seguros en que se proxecta mediar
- ☐ Declaración do ámbito de actuación
- ☐ Medios materiais e persoais
- ☐ Mecanismos adoptados para a solución de conflitos por queixas e reclamacións dos clientes
- ☐ Mención expresa ao programa de formación continua

ENTIDADES ASEGURADORAS E RAMOS DE SEGUROS EN QUE SE PROXECTA MEDIAR

A) Entidades aseguradoras:

B) Ramos de seguro distintos do seguro de vida:

C) Ramo de vida (Especificar se se van distribuír produtos de investimento baseados en seguros):

A PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE DECLARA

☐ Que o domicilio e o ámbito de operacións se limitan ao territorio da Comunidade Autónoma de Galicia

MEDIOS MATERIAIS

OFICINA	REXIME DE USO [1]	BREVE DESCRICIÓN [2]
Oficina principal		
Sucursal 1ª [3]		
Sucursal 2ª [3]		
Sucursal 3ª [3]		

[1] Réxime de uso: propiedade, arrendamento, cesión.

[2] Breve descrición: domicilio, m2, nº de despachos, etc...

[3] Cubrir no caso de que se prevexa a apertura de sucursais durante os tres primeiros exercicios de actividade

No caso de que a actividade se exerza con outras no mesmo local, indicar como se diferenciarán e facer unha descrición detallada e explicar o modelo de xestión para cada unha delas:

INFORMÁTICA E OUTROS MEDIOS	Nº DE ORDENADORES	ENUMERACIÓN DOUTROS MEDIOS [4]	SOFTWARE ESPECÍFICO DE MEDIACIÓN EN SEGUROS PRIVADOS [5]
Oficina principal			
Sucursal 1ª			
Sucursal 2ª			
Sucursal 3ª			

[4] Outros medios: indicar se se dispoñerá de impresoras, fotocopiadora, escáner, etc.

[5] Software: No caso de que se prevexa utilizar, indicar a aplicación informática específica para a xestión da actividade.

MEDIOS PERSOAIS

NOME E APELIDOS	CARGO/CATEGORÍA [6] EMPREGADOS E COLABORADORES EXTERNOS	FUNCIÓNS DE INFORMACIÓN OU ASESORAMENTO	FORMACIÓN [7]

BREVE DESCRICIÓN DO PROCEDEMENTO PREVISTO PARA INFORMAR AOS CLIENTES DA FORMA DE PRESENTAR QUEIXAS E RECLAMACIÓN ANTE OS DEPARTAMENTOS E SERVIZOS DE ATENCIÓN AO CLIENTE DAS ENTIDADES ASEGURADORAS COAS QUE TEÑAN SUBSCRITO CONTRATOS DE AXENCIA

MENCIÓN EXPRESA AO PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUA

DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA

MEDIOS PERSOAIS

- ☐ (6) Copia do modelo de contrato mercantil de colaboración, no caso de prever a contratación de colaboradores externos.
- ☐ (7) Acreditación do curso de formación superado, de acordo co exixido na resolución do 3 de xuño de 2021 da Dirección Xeral de Seguros e Fondos de Pensións.

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

_____ , _____ de _____ de _____

XUNTA DE GALICIA | CONSELLERÍA DE FACENDA E ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

ANEXO XIII

DECLARACIÓN DE SOCIOS

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF

ACCIÓNS OU PARTICIPACIÓNS

Declara que o capital social é de _____ € , que está dividido en _____ accións/participacións

1º Identidade dos accionistas ou socios, xa sexan persoas físicas ou xurídicas, que posúan na axencia de seguros unha participación directa ou indirecta

NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF	ACCIÓNS/PARTICIPACIÓNS		IMPIDEN AS FUNCIÓNS DE SUPERVISIÓN?
				Nº de accións/ participacións	% sobre o total	
						☐ SI ☐ NON
						☐ SI ☐ NON
						☐ SI ☐ NON
						☐ SI ☐ NON
						☐ SI ☐ NON
						☐ SI ☐ NON
						☐ SI ☐ NON

2º Declara a identidade das persoas que posúen vínculos estreitos co axente de seguros.

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF	REPRESENTANTE				IMPIDEN AS FUNCIÓNS DE SUPERVISIÓN?
				NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF	
								☐ SI ☐ NON
								☐ SI ☐ NON
								☐ SI ☐ NON
								☐ SI ☐ NON
								☐ SI ☐ NON
								☐ SI ☐ NON
								☐ SI ☐ NON

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

_____ , _____ de _____ de _____

XUNTA DE GALICIA | CONSELLERÍA DE FACENDA E ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

ANEXO IV

DATOS DAS PERSOAS ADMINISTRADORAS E ALTOS CARGOS

◯ FA301A - Inscrición no Rexistro Administrativo de Distribuidores de Seguros e Reaseguros da Comunidade Autónoma de Galicia dunha persoa corredora de seguros, modificación de datos ou solicitude de cancelación

◯ FA301B - Inscrición no Rexistro Administrativo de Distribuidores de Seguros e Reaseguros da Comunidade Autónoma de Galicia dunha persoa axente de seguros vinculada, modificación de datos ou solicitude de cancelación

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF

Marque a opción que corresponda segundo o trámite que se solicite	Nome ou denominación social	Primeiro apelido	Segundo apelido	NIF/NIE	Cargo
☐ Alta					
☐ Modificación de datos	**No caso de persoa xurídica indicar o seu representante**			FORMACIÓN (1)	
☐ Baixa	Nome	Primeiro apelido	Segundo apelido	NIF	

Marque a opción que corresponda segundo o trámite que se solicite	Nome ou denominación social	Primeiro apelido	Segundo apelido	NIF/NIE	Cargo
☐ Alta					
☐ Modificación de datos	**No caso de persoa xurídica indicar o seu representante**			FORMACIÓN (1)	
☐ Baixa	Nome	Primeiro apelido	Segundo apelido	NIF	

Marque a opción que corresponda segundo o trámite que se solicite	Nome ou denominación social	Primeiro apelido	Segundo apelido	NIF/NIE	Cargo
☐ Alta					
☐ Modificación de datos	**No caso de persoa xurídica indicar o seu representante**			FORMACIÓN (1)	
☐ Baixa	Nome	Primeiro apelido	Segundo apelido	NIF	

Marque a opción que corresponda segundo o trámite que se solicite	Nome ou denominación social	Primeiro apelido	Segundo apelido	NIF/NIE	Cargo
☐ Alta					
☐ Modificación de datos	**No caso de persoa xurídica indicar o seu representante**			FORMACIÓN (1)	
☐ Baixa	Nome	Primeiro apelido	Segundo apelido	NIF	

ANEXO IV
(continuación)

Marque a opción que corresponda segundo o trámite que se solicite	Nome ou denominación social	Primeiro apelido	Segundo apelido	NIF/NIE	Cargo
☐ Alta					
☐ Modificación de datos	**No caso de persoa xurídica indicar o seu representante**			FORMACIÓN (1)	
	Nome	Primeiro apelido	Segundo apelido	NIF	
☐ Baixa					

Marque a opción que corresponda segundo o trámite que se solicite	Nome ou denominación social	Primeiro apelido	Segundo apelido	NIF/NIE	Cargo
☐ Alta					
☐ Modificación de datos	**No caso de persoa xurídica indicar o seu representante**			FORMACIÓN (1)	
	Nome	Primeiro apelido	Segundo apelido	NIF	
☐ Baixa					

Marque a opción que corresponda segundo o trámite que se solicite	Nome ou denominación social	Primeiro apelido	Segundo apelido	NIF/NIE	Cargo
☐ Alta					
☐ Modificación de datos	**No caso de persoa xurídica indicar o seu representante**			FORMACIÓN (1)	
	Nome	Primeiro apelido	Segundo apelido	NIF	
☐ Baixa					

Marque a opción que corresponda segundo o trámite que se solicite	Nome ou denominación social	Primeiro apelido	Segundo apelido	NIF/NIE	Cargo
☐ Alta					
☐ Modificación de datos	**No caso de persoa xurídica indicar o seu representante**			FORMACIÓN (1)	
	Nome	Primeiro apelido	Segundo apelido	NIF	
☐ Baixa					

(1) No caso dos altos cargos, citar e presentar a acreditación do curso de formación superado, de acordo co esixido no real decreto 287/2021, do 20 de abril e na resolución do 3 de xuño de 2021 da DXSFP

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

_____ , _____ de _____ de _____

XUNTA DE GALICIA | CONSELLERÍA DE FACENDA E ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

ANEXO V

DECLARACIÓN DE HONORABILIDADE COMERCIAL E PROFESIONAL DAS PERSOAS SOCIAS CON PARTICIPACIÓN SIGNIFICATIVA, DAS PERSOAS ADMINISTRADORAS, DA PERSOA RESPONSABLE DA ACTIVIDADE DE DISTRIBUCIÓN OU, SE É O CASO, DAS PERSOAS QUE FORMAN PARTE DO ÓRGANO DE DIRECCIÓN RESPONSABLE DA ACTIVIDADE DE DISTRIBUCIÓN

◯ FA301A - Inscrición no Rexistro Administrativo de Distribuidores de Seguros e Reaseguros da Comunidade Autónoma de Galicia dunha persoa corredora de seguros, modificación de datos ou solicitude de cancelación

◯ FA301B - Inscrición no Rexistro Administrativo de Distribuidores de Seguros e Reaseguros da Comunidade Autónoma de Galicia dunha persoa axente de seguros vinculada, modificación de datos ou solicitude de cancelación

DATOS DA PERSOA ASINANTE

NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF

EN CALIDADE DE:

◯ PERSOA SOCIA CON PARTICIPACIÓN SIGNIFICATIVA

◯ PERSOA ADMINISTRADORA

◯ PERSOA RESPONSABLE DA ACTIVIDADE DE DISTRIBUCIÓN

◯ PERSOA QUE FORMA PARTE DO ÓRGANO DE DIRECIÓN RESPONSABLE DA ACTIVIDADE DE DISTRIBUCIÓN

Para os efectos de acreditar o cumprimento do requisito de honorabilidade comercial e profesional exixido no Real Decreto-lei 3/2020, do 4 de febreiro, a persoa asinante ou representante declara Realizou as seguintes actividades profesionais ata o momento da solicitude de inscrición

☐ Previas e actuais vinculadas ao sector financeiro, asegurador e da mediación de seguros e reaseguros privados (en caso afirmativo indique as actividades).	◯ SI ◯ NON
☐ Previas e actuais distintas dos anteriores pero que se atopan sometidas a un réxime específico de supervisión administrativa (en caso afirmativo indique as actividades).	◯ SI ◯ NON
☐ Outras actividades previas e actuais (en caso afirmativo indique as actividades).	◯ SI ◯ NON
☐ Relación detallada das vinculacións financeiras ou de dirección, se as houbese, con entidades de seguros ou de reaseguros, financeiras e de crédito, axentes ou sociedades de axencia, peritos ou sociedades de peritación ou outras sociedades de corretoría de seguros	◯ SI ◯ NON
Que no exercicio das devanditas actividades veu observando unha traxectoria persoal de respecto ás leis mercantís e outras que regulen a actividade económica e a vida dos negocios, así como ás boas prácticas comerciais, financeiras e de seguros	◯ SI ◯ NON
Carece de antecedentes penais pola comisión de infraccións penais relativas ao exercicio de actividades financeiras.	◯ SI ◯ NON
Foi sancionado no ámbito administrativo en materia aseguradora, bancaria, de mercado de valores, Facenda Pública, Seguridade Social, defensa da competencia, movemento de capitais, transaccións económicas co exterior, branqueo de capitais e financiamento do terrorismo e protección de consumidores e usuarios pola comisión de infraccións tipificadas como moi graves ou graves.	◯ SI ◯ NON
Está inhabilitado para o exercicio de cargos públicos ou de administración e dirección de entidades financeiras.	◯ SI ◯ NON
Foi declarada a súa inhabilitación conforme á Lei 22/2003, do 9 de xullo, Concursal, e no caso de ser declarada xa ten transcorrido o período de inhabilitación fixado, ou o estado de quebrado ou concursado non rehabilitado no caso de procedementos concursais anteriores á entrada en vigor do Real Decreto Lei 3/2020, do 4 de febreiro.	◯ SI ◯ NON
Foi suspendido por sanción firme para o exercicio da actividade de distribución conforme ao previsto nos artigos 194 e 195 do Real Decreto Lei 3/2020, de 4 de febreiro.	◯ SI ◯ NON
Incorre en incapacidade ou prohibición algunha conforme á lexislación vixente.	◯ SI ◯ NON

SINATURA DA PERSOA ASINANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

_____ , _____ de _____ de _____

XUNTA DE GALICIA | CONSELLERÍA DE FACENDA E ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

ANEXO VI

DECLARACIÓN DE HONORABILIDADE COMERCIAL E PROFESIONAL DAS PERSOAS QUE PARTICIPAN DIRECTAMENTE NA DISTRIBUCIÓN DE SEGUROS ASINADA POLA PERSOA DISTRIBUIDORA

◯ FA301A - Inscrición no Rexistro Administrativo de Distribuidores de Seguros e Reaseguros da Comunidade Autónoma de Galicia dunha persoa corredora de seguros, modificación de datos ou solicitude de cancelación

◯ FA301B - Inscrición no Rexistro Administrativo de Distribuidores de Seguros e Reaseguros da Comunidade Autónoma de Galicia dunha persoa axente de seguros vinculada, modificación de datos ou solicitude de cancelación

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF

A PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE DECLARA, QUE AS PERSOAS QUE PARTICIPAN DIRECTAMENTE NA DISTRIBUCIÓN:

Viñeron observando unha traxectoria persoal de respecto ás leis mercantís ou outras que regulen a actividade económica e a vida dos negocios, así como ás boas prácticas comerciais, financeiras e de seguros.	◯ SI ◯ NON
Carecen de antecedentes penais pola comisión de infraccións penais relativas ao exercicio de actividades financeiras.	◯ SI ◯ NON
Foron sancionados no ámbito administrativo en materia aseguradora, bancaria, de mercado de valores, Facenda Pública, Seguridade Social, defensa da competencia, movemento de capitais, transaccións económicas co exterior, branqueo de capitais e financiamento do terrorismo e protección de consumidores e usuarios pola comisión de infraccións tipificadas como moi graves ou graves.	◯ SI ◯ NON
Están inhabilitados para o exercicio de cargos públicos ou de administración e dirección de entidades financeiras.	◯ SI ◯ NON
Foi declarada a súa inhabilitación conforme á Lei 22/2003, do 9 de xullo, Concursal, e no caso de ser declarada xa ten transcorrido o período de inhabilitación fixado, ou o estado de quebrado ou concursado non rehabilitado no caso de procedementos concursais anteriores á entrada en vigor do Real Decreto Lei 3/2020 do 4 de febreiro.	◯ SI ◯ NON
Foron suspendidos por sanción firme para o exercicio da actividade de distribución conforme ao previsto nos artigos 194 e 195 do Real Decreto Lei 3/2020, de 4 de febreiro.	◯ SI ◯ NON
Incorren en incapacidade ou prohibición algunha conforme á lexislación vixente.	◯ SI ◯ NON

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

_____ , _____ de _____ de _____

XESTIÓN DE FONDOS DE CLIENTES

- ◯ FA301A - Inscrición no Rexistro Administrativo de Distribuidores de Seguros e Reaseguros da Comunidade Autónoma de Galicia dunha persoa corredora de seguros, modificación de datos ou solicitude de cancelación
- ◯ FA301B - Inscrición no Rexistro Administrativo de Distribuidores de Seguros e Reaseguros da Comunidade Autónoma de Galicia dunha persoa axente de seguros vinculada, modificación de datos ou solicitude de cancelación

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF

INDICAR SE SE XESTIONAN FONDOS DE CLIENTES:

- ◯ NON
- ◯ SI

TITULAR DA CONTA

NÚMERO DA CONTA BANCARIA (24 DÍXITOS)[1]

IBAN

A persoa solicitante ou representante declara, baixo a súa responsabilidade que, no caso de xestionar fondos dos clientes, estes serán transferidos a través dunha conta de clientes completamente separada do resto de recursos económicos, na que só se xestionen os recursos económicos daqueles, de conformidade con establecido no artigo 136.4 do Real Decreto Lei 3/2020, do 4 de febreiro, de medidas urxentes polo que se incorpora ao ordenamento xurídico español a directiva da Unión Europea no ámbito dos seguros privados.

[1] Achegar o certificado bancario

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

, de de

ANEXO IX

DECLARACIÓN DE NON INCORRER EN INCOMPATIBILIDADE

◯ FA301A - Inscrición no Rexistro Administrativo de Distribuidores de Seguros e Reaseguros da Comunidade Autónoma de Galicia dunha persoa corredora de seguros, modificación de datos ou solicitude de cancelación

◯ FA301B - Inscrición no Rexistro Administrativo de Distribuidores de Seguros e Reaseguros da Comunidade Autónoma de Galicia dunha persoa axente de seguros vinculada, modificación de datos ou solicitude de cancelación

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF

A PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE DECLARA:

baixo a súa responsabilidade non incorrer nas causas de incompatibilidade previstas no Título I do Libro Segundo do Real Decreto Lei 3/2020, do 4 de febreiro.

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

_____ , _____ de _____ de _____

XUNTA DE GALICIA | CONSELLERÍA DE FACENDA E ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

ANEXO X

COMUNICACIÓN DE MODIFICACIÓN DE DATOS NON INSCRITIBLES

◯ FA301A - Inscrición no Rexistro Administrativo de Distribuidores de Seguros e Reaseguros da Comunidade Autónoma de Galicia dunha persoa corredora de seguros, modificación de datos ou solicitude de cancelación

◯ FA301B - Inscrición no Rexistro Administrativo de Distribuidores de Seguros e Reaseguros da Comunidade Autónoma de Galicia dunha persoa axente de seguros vinculada, modificación de datos ou solicitude de cancelación

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

NOME/RAZÓN SOCIAL | PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO | NIF

TIPO | NOME DA VÍA | NÚM. | BLOQ. | ANDAR | PORTA

PARROQUIA | LUGAR

CÓDIGO POSTAL | PROVINCIA | CONCELLO | LOCALIDADE

TELÉFONO 1 | TELÉFONO 2 | CORREO ELECTRÓNICO

PÁXINA WEB | TELÉFONO DE ATENCIÓN AO PÚBLICO

Nº DE REXISTRO DA ADMINISTRACIÓN AUTONÓMICA DE GALICIA DO MEDIADOR

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

NOME/RAZÓN SOCIAL | PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO | NIF

De non ser suficiente o espazo previsto nos recadros, deberanse cubrir e enviar tantos anexos como sexan necesarios.

COMUNICO AS VARIACIÓNS DOS SEGUINTES DATOS PREVIAMENTE ACHEGADOS

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

E xunto a documentación que xustifica as citadas modificacións.

A PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE DECLARA

A información incluída nesta comunicación é certa, exacta e completa.

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

, de de