

सीबीआर के लिए फाइलिंग संदर्भ संख्या के आबंटन के लिए आवेदन

इस आवेदन पर सीबीआर के प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता और बीमाकर्ता के मुख्य अनुपालन अधिकारी के द्वारा हस्ताक्षर किये जाएंगे।

आवेदन किस वित्तीय वर्ष हेतु एफआरएन के आबंटन के लिए है	(उदा. 2022-23 और 2023-24)
आवेदन पात्र सीबीआर अथवा अपात्र सीबीआर हेतु एफआरएन के आबंटन के लिए	पात्र सीबीआर अथवा अपात्र सीबीआर

ब्योरा	विवरण
सामान्य सूचना	
सीबीआर का नाम (पंजीकरण प्रमाणपत्र के अनुसार)	
संस्थापन का स्थान	
संस्थापन की तारीख	(दिन/ माह/ वर्ष)
सीबीआर के पंजीकृत कार्यालय का पता	
पर्यवेक्षी प्राधिकरण का नाम और पता जिनके पास पुनर्बीमा कंपनी पंजीकृत है	
स्वदेशी विनियमनकर्ता के पास पंजीकरण प्रमाणपत्र (सीओआर) की विधिमान्यता	_____ तक विधिमान्य (दिन/माह/वर्ष)
स्वदेशी विनियमनकर्ता अथवा पर्यवेक्षी प्राधिकारी द्वारा प्रदत्त पंजीकरण प्रमाणपत्र के अनुसार किस संबंध में लेनदेन करने के लिए सीबीआर को प्राधिकृत किया गया है:	प्रत्यक्ष जीवन बीमा; प्रत्यक्ष साधारण बीमा; सम्मिश्र प्रत्यक्ष बीमा (अर्थात् जीवन और साधारण दोनों) अथवा पुनर्बीमा व्यवसाय (जीवन और साधारण) अथवा प्रत्यक्ष और पुनर्बीमा व्यवसाय दोनों।
स्वदेशी विनियमनकर्ता अथवा पर्यवेक्षी प्राधिकारी ने विदेशी अधिकार-क्षेत्र से पुनर्बीमा व्यवसाय करने के लिए प्राधिकृत किया है	हाँ / नहीं
एफआरएन के आबंटन के लिए आवेदन करने वाले सीबीआर के कार्यालय का स्थान	
उस देश का नाम जिसमें उपर्युक्त सीबीआर का मूल निवास-स्थान है	

आवेदक सीबीआर के लिए कर रेजिडेन्सी का देश			
सीबीआर की अंतिम मूल कंपनी का नाम (पंजीकरण प्रमाणपत्र के अनुसार पूरा नाम दिया जाए)			
सीबीआर की समूह कंपनियों के नाम (पंजीकरण प्रमाणपत्र के अनुसार पूरे नाम दिये जाएँ)			
ख. सीबीआर की अपेक्षित सूचना देने के लिए जिम्मेदार व्यक्ति का विवरण			
नाम			
पदनाम			
व्यावसायिक फोन संख्या			
पता			
ई-मेल आईडी			
ग. सीबीआर द्वारा प्रीमियम की प्राप्ति होने पर पुष्टि देने के लिए जिम्मेदार विभागीय व्यक्ति का विवरण			
नाम			
पदनाम			
व्यावसायिक फोन संख्या			
पता			
ई-मेल आईडी			
घ. सीबीआर की वित्तीय स्थिति			
पूँजी का विवरण:			
प्रदत्त पूँजी की राशि:	भारतीय रु.में _____		
अंतिम लेखा-परीक्षित तुलन-पत्र के अनुसार निर्बंध आरक्षित निधियाँ	भारतीय रु.में _____		
मुद्रा का नाम जिसमें पुनर्बीमा व्यवसाय किया जाएगा	भारतीय रु. में परिवर्तन _____		
निवल स्वाधिकृत निधियाँ	भारतीय रु.में _____		
पिछले 3 वर्षों के लिए स्वदेश के विनियमनकर्ता के अनुसार शोधन-क्षमता अनुपात	<table border="1"> <tr> <td>विनियामक निर्धारण</td> <td>सीबीआर का वास्तविक शोधन-क्षमता मार्जिन</td> </tr> </table>	विनियामक निर्धारण	सीबीआर का वास्तविक शोधन-क्षमता मार्जिन
विनियामक निर्धारण	सीबीआर का वास्तविक शोधन-क्षमता मार्जिन		

तत्काल पूर्ववर्ती वित्तीय वर्ष			
तत्काल पूर्ववर्ती वित्तीय वर्ष - 1			
तत्काल पूर्ववर्ती वित्तीय वर्ष - 2			
पिछले 3 वर्षों के लिए उपगत दावा अनुपात (आईसीआर)	पिछला वर्ष (उदा. वर्ष 2021)	पिछला वर्ष (-) 1 (उदा. वर्ष 2020)	पिछला वर्ष (-) 2 (उदा. वर्ष 2019)
आईसीआर का विवरण			
पिछले 3 वर्षों के लिए संयुक्त अनुपात	पिछला वर्ष (उदा. वर्ष 2021)	पिछला वर्ष (-) 1 (उदा. वर्ष 2020)	पिछला वर्ष (-) 2 (उदा. वर्ष 2019)
संयुक्त अनुपात का विवरण			
आईआरडीएआई पोर्टल के अनुसार पिछली सीबीआर एफआरएन (यदि कोई हो) का विवरण	पिछला वि.व.(उदा. वि.व. 2021-22)	पिछला वि.व.(-)1 (उदा.वि.व. 2020-21)	पिछला वि.वर्ष (-) 2 (उदा. वि.व. 2019-20)
सीबीआर एफआरएन सं.			
सीबीआर के पास स्थानन किये गये पुनर्बीमा व्यवसाय का विवरण	स्थानन किये गये पुनर्बीमा व्यवसाय की राशि (भारतीय रु. लाख में)		
	विकल्पी	समझौता	
पिछला वर्ष (उदा. 2021-22) [वर्ष (2018-19 से आगे) अवरोहण के क्रम में दिया जाए]			व्यवसाय की व्यवस्थाएँ जिनमें सीबीआर ने सहभागिता की है
पिछला वर्ष (उदा. 2020-21) [वर्ष (2018-19 से आगे) अवरोहण के क्रम में दिया जाए]			
पिछला वर्ष (उदा. 2019-20)			

[वर्ष (2018-19 से आगे) अवरोहण के क्रम में दिया जाए]			
भारतीय बीमाकर्ता का(के) नाम जिसके (जिनके) लिए सीबीआर पिछले वित्तीय वर्ष (उदा. 2021-22) के लिए पुनर्बीमा व्यवसाय में सहभागिता कर रहा है	भारतीय बीमाकर्ता(ओं) का(के) नाम		
आवेदक सीबीआर से पुनर्बीमा प्रीमियम प्राप्ति का पुष्टीकरण	पिछला वि.व. (उदा. 2011-22)	पिछला वि.व.(-)1 (उदा.वि.व. 2020-21)	पिछला वि.व. (-) 2 (उदा. वि.व. 2019-20)
आवेदक सीबीआर ने प्रीमियम प्राप्तियों का पुष्टीकरण सभी भारतीय बीमाकर्ताओं को उपलब्ध कराया है	हाँ/ नहीं	हाँ/ नहीं	हाँ/ नहीं
सीबीआर के प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा विधिवत् प्रमाणित फाइल / ई-मेल संलग्न करें।			
यदि उत्तर 'नहीं' है, तो इसके लिए कारण सीबीआर के प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा विधिवत् प्रमाणित रूप में प्रस्तुत करें।			
ड. अंतरराष्ट्रीय क्रेडिट रेटिंग एजेंसियों से प्राप्त क्रेडिट रेटिंग			
रेटिंग एजेंसी का नाम			
रेटिंग का वर्ष			
क्रेडिट रेटिंग			
क्या सीबीआर ने जिस वर्ष के लिए व्यवसाय का स्थानन करना है, उसके पूर्ववर्ती वर्ष से गणना करते हुए पिछले तीन वर्षों की अवधि में कम से कम बीबीबी (स्टैंडर्ड एण्ड पूअर के पास) अथवा किसी अन्य अंतरराष्ट्रीय रेटिंग एजेंसी की समकक्ष रेटिंग प्राप्त की है? यदि नहीं,		(हाँ/नहीं)	

तो पिछले तीन वर्षों के लिए क्रेडिट रेटिंग प्रस्तुत की जाए।			
क्या सीबीआर संबंधित स्वदेशी विनियमनकर्ता द्वारा निर्धारित शोधन-क्षमता मार्जिन/पूँजी पर्याप्तता का अनुपालन करता है		(हाँ/नहीं)	
क्या अधिवास (डामिसाइल) के देश ने भारत सरकार के साथ दोहरे कराधान परिवर्जन करार पर हस्ताक्षर किये हैं		(हाँ/नहीं)	
घोषणा व वचनपत्र: मैं / हम सत्यनिष्ठापूर्वक घोषणा करता हूँ / करते हैं कि इस आवेदन फार्म में प्रस्तुत सूचना यथार्थ और सही है।			
स्थान:		हस्ताक्षर	
दिनांक:	मुहर	नाम:	
		पदनाम:	
		[सीबीआर का प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता]	
यह सिद्ध करते हुए (पुनर्)बीमाकर्ता की विशिष्ट सिफारिश कि वे संदर्भित सीबीआर के पास पुनर्बीमा स्थानन क्यों करना चाहेंगे यद्यपि वह निर्धारित पात्रता के मानदंडों का अनुपालन नहीं करता। (केवल 'अपात्र सीबीआर' के लिए)			
इस आवेदन की फाइलिंग आईआरडीएआई (पुनर्बीमा) विनियम, 2018 के विनियम 5(2)(ख) के अनुपालन में है	(हाँ / नहीं)		
यदि नहीं, तो बीमाकर्ता को इस विषय में स्पष्टीकरण प्रस्तुत करना होगा	मुक्त पाठ		
अपात्र सीबीआर के लिए आवेदन के मामले में दस्तावेजी आवश्यकताएँ निम्नलिखित हैं			
स्वदेश के विनियमनकर्ता / पर्यवेक्षी प्राधिकरण द्वारा सीबीआर को जारी किये गये पंजीकरण प्रमाणपत्र की प्रति			
यह उचित सिद्ध करते हुए बीमाकर्ता की विशिष्ट सिफारिश की हस्ताक्षरित प्रति कि वे संदर्भित सीबीआर के पास पुनर्बीमा			

<p>स्थानन करना क्यों चाहेंगे। ऐसी सिफारिश आवश्यक रूप से बीमाकर्ता के पुनर्बीमा विभाग के प्रमुख द्वारा की जाएगी।</p>	
<p>भारतीय (पुनर्)बीमाकर्ता के मुख्य अनुपालन अधिकारी द्वारा घोषणा व वचनपत्र:</p> <p>क. मैं/हम सत्यनिष्ठापूर्वक पुष्टि करता हूँ/ पुष्टि करते हैं कि सीबीआर के विषय में अपेक्षित समुचित सावधानी बरती गई है तथा संबंधित दस्तावेजों की संवीक्षा सावधानीपूर्वक की गई है।</p> <p>ख. मैं/हम प्राधिकरण द्वारा यथानिर्धारित, सीबीआर के लिए पात्रता के मानदंडों का सख्त अनुपालन सुनिश्चित करता हूँ/ करते हैं।</p> <p>ग. मैं/हम वचन देता हूँ/ देते हैं कि ऊपर प्रस्तुत समस्त सूचना मेरी/हमारी जानकारी और विश्वास के अनुसार सही है।</p> <p>घ. मैं/हम समझता हूँ/ समझते हैं कि यह आवेदन प्रस्तुत करने के बाद, यदि किसी भी समय यह सिद्ध होता है कि प्रस्तुत की गई सूचना गलत अथवा अयथार्थ है, तो मैं/हम वर्तमान अधिनियमों, समय-समय पर प्राधिकरण द्वारा जारी किये गये विनियमों, दिशानिर्देशों और परिपत्रों के उपबंधों के अधीन हूँगा/होंगे।</p>	
<p>स्थान:</p>	<p>हस्ताक्षर</p>
<p>दिनांक:</p>	<p>मुहर नाम:</p>
	<p>पदनाम: मुख्य अनुपालन अधिकारी</p>

Annexure - 1

APPLICATION FOR ALLOTMENT OF FILING REFERENCE NUMBER FOR CBR

This application shall be signed by Authorised Signatory of CBR and Chief Compliance Officer of the insurer.

Application for allotment of FRN for FY	(e.g. 2022-23 and 2023-24)
Application for allotment of FRN for Eligible CBR or Non-Eligible CBR	Eligible CBR or Non-Eligible CBR

Particulars	Details
A. General Information	
Name of the CBR (as per Certificate of Registration)	
Place of Incorporation	
Date of Incorporation	(dd/mmm/yyyy)
Address of Registered office of the CBR	
Name and address of Supervisory Authority with whom the Reinsurance Company is registered	
Certificate of Registration (COR) validity with home regulator	_____ valid up to (dd/mmm/yyyy)
As per registration certificate granted by Home Country Regulator or Supervisory Authority the CBR is Authorised to transact;	Direct Life Insurance; Direct General Insurance; Composite Direct Insurance (i.e. Life & General both) or Re-Insurance Business (Life & General) or Direct and Re-insurance Business both.
Home Country Regulator or Supervisory Authority has authorised to transact Re-insurance business from foreign jurisdiction.	Yes / No.
Place of office of the CBR applying for allotment of FRN	
Name of the Country in which the above CBR is domiciled	
Country of tax residency for the applicant CBR	
Name of ultimate parent Company of CBR (complete name to be given as per certificate of registration)	
Names of Group Companies of CBR (complete names to be given as per certificate of registration)	
B. Details of the person responsible for providing requisite information of CBR	
Name	
Designation	

Business phone number			
Address			
Email Id			
C. Details of the department person responsible for providing confirmation on receipt of premium by CBR			
Name			
Designation			
Business phone number			
Address			
Email Id			
D. Financial Position of the CBR			
Details of Capital:			
Amount of Paid-Up Capital:			in INR _____
Free Reserves as per last audited Balance Sheet			in INR _____
Name of Currency in which re-insurance business will be transacted			Conversion to INR _____
Net owned funds			in INR _____
Solvency Ratio as per home country regulator for last 3 years	Regulatory prescription	Actual Solvency Margin of the CBR	
Immediately preceding FY			
Immediately preceding FY -1			
Immediately preceding FY -2			
Incurred Claims Ratio (ICR) for last 3 years	Last Year (e.g. year 2021)	Last Year (-) 1 (e.g. year 2020)	Last Year (-) 2 (e.g. year 2019)
Details of ICR			
Combined Ratio for last 3 years	Last Year (e.g. year 2021)	Last Year (-) 1 (e.g. year 2020)	Last Year (-) 2 (e.g. year 2019)
Details of Combined Ratio			
Details of previous CBR FRN as per IRDAI Portal (if any)	Last FY (e.g. FY 2021-22)	Last FY (-) 1 (e.g. FY 2020-21)	Last FY (-) 2 (e.g. FY 2019-20)
CBR FRN No.			
Details of re-insurance business placed with the CBR	Amount (INR in Lakh) of re-insurance business placed		
	Facultative	Treaty	
Last Year (e.g. 2021-22)			

[Year (2018-19 onwards) may be given as drop down]			Lines of business which the CBR participated
Last Year (e.g. 2020-21) [Year (2018-19 onwards) may be given as drop down]			
Last Year (e.g. 2019-20) [Year (2018-19 onwards) may be given as drop down]			
Name(s) of Indian insurer for whom CBR is participating in re-insurance business for last FY (e.g. 2021-22)	Names of Indian insurer		
Re-insurance premium receipt confirmation from the applicant CBR	Last FY (e.g. 2021-22)	Last FY (-) 1 (e.g. 2020-21)	Last FY (-) 2 (e.g. FY 2019-20)
The applicant CBR has provided premium confirmation receipts to all Indian insurer	Yes / No	Yes / No	Yes / No
Please attach file / email duly certified by authorized signatory of the CBR			
If the reply is 'No' , Please furnish reasons for the same along with duly certified authorized signatory of the CBR.			
E. Credit rating from international credit rating agencies			
Name of Rating Agency			
Year of Rating			
Credit Rating			
Whether the CBR has over a period of the past three years counting from the year preceding for which the business has to be placed, enjoyed a credit rating of at least BBB (with Standard & Poor) or equivalent rating of any other international rating agency? If no, the credit ratings for past three years be submitted		(Yes/No)	
Whether the CBR complies with the solvency margin/ capital adequacy prescribed by the respective home regulator		(Yes/No)	
Whether the country of domicile has signed a Double Taxation Avoidance Agreement with the Government of India		(Yes/No)	
DECLARATION CUM UNDERTAKING: I / we solemnly declare that the information supplied in this application form is true and correct.			

Place:		Signature	
Date:	Seal	Name:	
		Designation:	
		[Authorised Signatory of CBR]	
Specific recommendation of the (re)insurer justifying as to why they would like to make Reinsurance placements with the referred CBR even though it does not comply with prescribed eligibility criteria. (for 'Non Eligible CBR' only)			
The filing of this application is in compliance with Reg. 5 (2) (B) of the IRDAI (Re-insurance) Regulations, 2018		(Yes / No)	
If No, the insurer has to submit clarification on the matter		Free text	
The following are the documentary Requirements in case of Application for Non-Eligible CBR			
Copy of registration Certificate issued to CBR by home country regulatory / Supervisory Authority			
Signed copy of specific recommendation of the insurer, justifying as to why they would like to make Reinsurance placements with the referred CBR. Such recommendation shall necessarily be made by the Head of Reinsurance Department of the Insurer.			
DECLARATION CUM UNDERTAKING BY CHIEF COMPLIANCE OFFICER OF INDIAN (RE)INSURER:			
<p>a. I / We solemnly confirm that the required due diligence of the CBR has been done and the relevant documents have been scrutinized scrupulously.</p> <p>b. I/We ensure strict compliance with the eligibility criteria for CBRs, as prescribed by the Authority.</p> <p>c. I / We undertake that all information furnished above is correct in my/our knowledge and belief.</p> <p>d. I/ We understand that after submitting this application, if it is proved that the information submitted is wrong or incorrect at any point of time, I / We shall be subjected to the provisions of the extant Acts, Regulations, Guidelines and circulars notified by the Authority from time to time.</p>			
Place:		Signature	
Date:	Seal	Name:	
		Designation:	Chief Compliance Officer

अनुपालन प्रमाणपत्र
Certificate of Compliance

बीमाकर्ता का नाम / Name of Insurer:

वित्तीय वर्ष / Financial Year:

प्रमाणित किया जाता है कि बीमाकर्ता ने वित्तीय वर्ष _____ के लिए अपने सभी पुनर्बीमा स्थानन सीबीआर को निम्नलिखित अनुपालनों के साथ किये हैं।

Certified that the Insurer has placed all its reinsurance placements for the Financial year _____ to CBRs

1. वर्तमान विनियमों / दिशानिर्देशों / परिपत्रों आदि में निर्धारित रूप में पात्रता की सभी शर्तों का अनुपालन करना।
Complying with all eligibility conditions as laid down in the extant regulations / Guidelines / Circular etc.
2. प्राधिकरण द्वारा निर्धारित मानदंडों के अनुसार एक विधिमान्य फाइलिंग संदर्भ संख्या (एफआरएन) धारण करना अथवा
Holding a valid Filing Reference Number (FRN) as per norms laid down by the Authority or
3. प्राधिकरण द्वारा विशिष्ट रूप से अनुमोदित किया गया है।
Specifically approved by the Authority.

सीमापार पुनर्बीमाकर्ताओं के साथ किये गये सभी स्थानन बीमाकर्ता के बोर्ड द्वारा अनुमोदित किये गये हैं।

All placements made with Cross Border Reinsurers, have been approved by the Board of the Insurer.

स्थान / Place:

मुहर

दिनांक / Date:

Seal

हस्ताक्षर / Signature

नाम/Name:

पदनाम: मुख्य अनुपालन अधिकारी

Designation: Chief Compliance Officer