

الصاق عكس

به نام خدا

فرم درخواست نمایندگی حقیقی

شرکت سهامی بیمه آسماری

مدیریت محترم شبکه فروش

اینجانب با مشخصات ذیل متقاضی دریافت نمایندگی می باشم.

۱- نام و نام خانوادگی:	۲- نام پدر:
۳- شماره شناسنامه:	۴- کد ملی:
۵- محل صدور:	۶- تاریخ تولد:
۷- دین:	۸- مذهب:
۹- وضعیت تاهل:	۱۰- تعداد افراد تحت تکفل:
۱۱- وضعیت نظام وظیفه:	۱۲- آخرین مدرک و رشته تحصیلی:
۱۳- آیا سابقه کار بیمه ای دارید؟ در صورت مثبت بودن شرح دهید:	۱۴- آدرس ایمیل:
۱۵- نشانی کامل جهت انجام مکاتبات (منزل):	
استان:	شهرستان:
پلاک:	کدپستی:
۱۶- آیا تا به حال در استخدام موسسات دولتی یا غیر دولتی بوده اید؟	
در صورت مثبت بودن به ترتیب تاریخ، نام موسسه و علت ترک خدمت را مشخص کنید.	
۱۷- شغل فعلی شما و نشانی محل آن با ذکر شماره تلفن:	
۱۸- شغل همسر و نشانی محل آن با ذکر شماره تلفن:	
۱۹- محل مورد نظر جهت انجام فعالیت بیمه ای:	
استان:	
شهرستان:	

۲۰- از بیمه چه می دانید؟

۲۱- چرا شرکت بیمه آسماری را برای اخذ نمایندگی انتخاب نموده اید؟

۲۲- آیا درخواست نمایندگی از سایر شرکت های بیمه هم داشته اید؟

۲۳- درآمد مورد تصور شما از کار نمایندگی برای دو سال اول چه میزان می باشد؟

۲۴- نام معرف:

نسبت معرف با شما:

۲۵- آیا از بستگان درجه یک شما دارای امتیاز نمایندگی و یا کارگزاری می باشد؟
در صورت تایید، مشخصات و نسبت فرد یا افراد مذکور با شما و همچنین نام شرکت بیمه امتیاز دهنده قید گردد:

۲۶- آیا از بستگان شما در شرکت بیمه آسماری شاغل می باشند؟
در صورت تایید مشخصات و نسبت فرد یا افراد مذکور با شما و همچنین محل خدمت آنان مشخص گردد:

توضیحات:

بدینوسیله تایید می نمایم که تکمیل این فرم به معنی واگذاری نمایندگی از جانب بیمه آسماری نمی باشد و چنانچه در پاسخ به سوالات فوق خلافی ثابت شود قرارداد نمایندگی اینجانب فسخ خواهد شد.

تاریخ و امضاء:

تلفن تماس: