



شماره سند: FM-AM-03/01

تاریخ: / / ۱۳

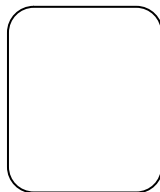
پیوست: .....

صفحه: ۲ از ۱



## فرم درخواست نمایندگی شرکت بیمه آرمان

### (۱) مشخصات فردی متقاضی:



نام و نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه:

تاریخ تولد: محل تولد: کد ملی:

دین و مذهب: وضعیت تاهل: مجرد  متأهل

تعداد افراد تحت تکفل: وضعیت نظام وظیفه:

### (۲) نشانی محل سکونت:

استان: شهر: خیابان: کوچه:

پلاک: واحد: کد پستی: تلفن: همراه:

### (۳) معرفی محل تأسیس نمایندگی:

متقاضی نمایندگی در استان: شهر: محدوده:

### (۴) سوابق تحصیلی:

آخرین مدرک تحصیلی: رشته تحصیلی: نام دانشگاه:

شهر: تاریخ اخذ مدرک تحصیلی:

### (۵) مشخصات همسر:

نام و نام خانوادگی: تحصیلات: شغل:

آدرس محل کار همسر:

### (۶) سوابق کاری:

لطفاً سوابق کاری خود را در ۱۰ سال اخیر در جدول زیر درج نمایید.

| ردیف | نام شرکت یا سازمان | از تاریخ | تا تاریخ | سمت و شغل | آدرس و تلفن محل کار |
|------|--------------------|----------|----------|-----------|---------------------|
| ۱    |                    |          |          |           |                     |
| ۲    |                    |          |          |           |                     |
| ۳    |                    |          |          |           |                     |
| ۴    |                    |          |          |           |                     |

- متوسط درآمد ماهانه شما چقدر است؟



## فرم درخواست نمایندگی شرکت بیمه آرمان

شماره سند: FM-AM-03/01

تاریخ: / / ۱۳

پیوست: .....

صفحه: ۲ از ۲

۷) سوابق فعالیت بیمه‌ای:

هر نوع فعالیت بیمه‌ای اعم از کارمندی، نمایندگی، بازاریابی و نظایر آن را دارید ذکر نمایید.

۸) در چه رشته بیمه‌ای بیشتر کار کرده و آشنا هستید و توانائی خود را در کدام رشته بیمه‌ای بیشتر ارزیابی می‌کنید؟

۹) آیا امکانات لازم برای تاسیس دفتر نمایندگی بصورت مستقل را دارید؟

۱۰) تعیین معرف: دو نفر معرف معتبر که شما را می‌شناسند معرفی فرمایید:

| ردیف | نام و نام خانوادگی | نسبت | شغل | آدرس و تلفن |
|------|--------------------|------|-----|-------------|
| ۱    |                    |      |     |             |
| ۲    |                    |      |     |             |

۱۱) چنانچه از بستگان و آشنایان شما در شرکت بیمه آرمان یا سایر شرکت‌های بیمه‌ای اشتغال دارند نام و شماره تلفن او را ذکر نمایید.

۱۲) بدینوسیله مطالب و مندرجات این پرسشنامه را که مطابق با واقعیت و کاملاً صادقانه می‌باشد تأیید مینمایم و در صورتی که خلاف آن ثابت شود مسئولیت آن را عهده دار خواهیم بود.

نام و نام خانوادگی متقاضی: ..... تاریخ: ..... امضاء

**توجه: تکمیل این فرم هیچ‌گونه تعهدی را نسبت به اعطای نمایندگی برای شرکت بیمه آرمان ایجاد نخواهد کرد.**