



فرم بازدید و ارزیابی نمایندگان

شماره سند: FM-AM-10/02

تاریخ: / / ۱۳

پیوست:

صفحه ۱ از ۲

نام و نام خانوادگی متقاضی نمایندگی:	کد نمایندگی:	شهرستان:
نوع نمایندگی: <input type="checkbox"/> حقیقی <input type="checkbox"/> حقوقی		
تاریخ بازدید:	ساعت بازدید:	نوبت بازدید:
وضعیت کاربری دفتر: <input type="checkbox"/> مسکونی <input type="checkbox"/> تجاری <input type="checkbox"/> اداری		
موقعیت دفتر: <input type="checkbox"/> دفتر کار <input type="checkbox"/> مغازه <input type="checkbox"/> در صورت دفتر کار بودن، طبقه		

استان:	شهرستان:	خیابان اصلی:	خیابان فرعی:
ساختمان:	پلاک:	طبقه:	متراز دفتر:
تلفن دفتر:	فاکس:	همراه:	تعداد اطلاق:
علت بازدید:			

ردیف	نام و نام خانوادگی	عنوان شغل	تاریخ شروع به کار	وضعیت کارت تأییدیه بیمه آرمان	ملاحظات
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					

ردیف	موضوع	وضعیت	توضیحات
۱	وضعیت تابلو و نصب آن	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۲	تبلیغات روی شیشه	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۳	تبلیغات صورت گرفته در دید عموم می باشد	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۴	پروانه نمایندگی در جای مناسب در دفتر نصب شده است	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۵	مجوز صدور بیمه نامه	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	نام رشته ها:
۶	وضعیت ظاهری نماینده و کارکنان	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۷	در زمان بازدید نماینده در محل حضور داشت	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	علت عدم حضور:
۸	اطلاعات فنی نماینده در خصوص اطلاعات بیمه ای	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۹	رعایت بخشنامه ها و دستورالعمل های شرکت	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۱۰	واریز به موقع حق بیمه های دریافتی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۱۱	میزان آشنایی با برنامه های صدور بیمه نامه	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۱۲	نحوه ثبت اطلاعات بیمه نامه ها در سیستم یکپارچه صدور	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۱۳	نحوه بایگانی مدارک و مستندات بیمه نامه های صادره	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۱۴	نحوه فعالیت و بازاریابی نماینده	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۱۵	هماهنگی نماینده با شعبه محل همکاری	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۱۶	نحوه صدور نماینده در جلسات ماهانه شعب	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	



فرم بازدید و ارزیابی نمایندگان

شماره سند: FM-AM-10/02

تاریخ: / / ۱۳

پیوست:

صفحه ۲ از ۲

۱۷	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا آدرس دفتر، با آدرس مورد تایید بیمه آرمان، یکسان است؟
۱۸	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا دفتر نماینده فعال می باشد؟
۱۹	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا وضعیت مبلمان مناسب است؟
۲۰	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا ایمیل سازمانی نماینده فعال است؟
۲۱	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا دسترسی به نرم افزار فناوران وجود دارد؟
۲۲	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا دسترسی به پرتال نماینده وجود دارد؟
۲۳	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا پرینتر نماینده با فرمت بیمه نامه های شرکت مطابقت دارد؟
۲۴	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا بروشورها و اطلاعیه های ضروری در معرض دید قرار دارند؟

ردیف	شرح اصلاحات و اقدامات مورد نیاز	مسئول انجام	مهلت انجام	وضعیت
۱				تایید <input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/>
۲				تایید <input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/>
۳				تایید <input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/>
۴				تایید <input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/>
۵				تایید <input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/>
۶				تایید <input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/>
۷				تایید <input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/>
۸				تایید <input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/>
۹				تایید <input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/>
۱۰				تایید <input type="checkbox"/> رد <input type="checkbox"/>

اقدامات مورد نیاز

نیازهای آموزشی نماینده و پرسنل زیر مجموعه:

- (۱)
- (۲)
- (۳)
- (۴)
- (۵)

آیا مغایرت های اعلام شده در بازدید دوره قبل، رفع شده اند:

- (۱)
- (۲)
- (۳)
- (۴)
- (۵)

کارشناس ارزیاب	رئیس شعبه	مدیریت امور شعب و توسعه شبکه فروش
امضاء تاریخ	امضاء تاریخ	امضاء تاریخ

تاییدیه