صورتجلسه انتقال پرتفوی نماينده فروش بيمه­های­ زندگی ( **مبادرت به فسخ قرارداد نمايندگی توسط نماينده فروش )**

**ضوابط:**

صحت ضوابط موارد ذيل با علامت ☑ توسط شعبه ناظر به دقت بررسی و کنترل گردد.

□ انتقال­دهنده، کد نمايندگی عمر خود را طی استعلام از مديريت امور نمايندگان و کارگزاران، و با تکميل فرم فسخ قرارداد نمايندگی عمر و تحويل مدارک مربوطه؛ ابطال نموده است.

تاريخ فسخ قرارداد نمايندگی عمر: ..........................

□ انتقال دهنده ، طبق استعلام از امور مالی هيچ­گونه بدهی به شرکت ندارد و تسویه حساب کامل مالی انجام شده است.

**نکات مهم:**

⮜ پس از انتقال پرتفوی هیچ کارمزدی به نماینده فروشِ ابطالی( انتقال­دهنده) پرداخت نمی­گردد.

⮜ امکان انتقال پرتفوی برون سازمانی وجود ندارد.

⮜ انتقال­گيرنده باید حتما دارای کد نمايندگی عمر در همان مجموعه باشد.

⮘ در صورتيکه انتقال دهنده کد جنرال از شرکت بيمه پاسارگاد اخذ نموده باشد، به شرط حمايت پرتفوی؛ ملزم به انتقال پرتفوی فروش بيمه­نامه­های عمر و تامين آتيه خویش **نمی­باشد.**

⮘ در انتقال پرتفو تمامی وضعیت های ارکان سازمان فروش انتقال دهنده بررسی گردد و برای هر وضعیت فرم جداگانه با درج تعداد بيمه نامه و رضایت ارکان سازمان فروش همان وضعیت تنظيم گردد.

**سایر موارد:**

• فيلدها بصورت ‌تايپ‌شده ‌تکميل‌شود، فرم حتما **دارای شماره ‌و ‌تاريخ** باشد.

• از ارسال هرگونه نامه ، آمار و مدارک اضافی جدا خودداری گردد.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مشخصات انتقال دهنده**  **( نماينده فروش ابطالی )** | نام و نام خانوادگی | | کد ملی | **تعداد**  (در هر رديف وضعيت) | کد نماينده فروش | نام و کد  مديرفروش | نام و کد  مديرتوسعه | نام و کد معاون  مدير ارشد | نام و کد مدير ارشد/  نماينده جنرال | |
| ............................................. | |  |  |  |  |  |  |  | |
| با استناد به ماده فسخ از مفاد قرارداد نماينده فروش بيمه های زندگی و مبادرت به فسخ توسط نماينده فروش به **علت**: ............................................................................................................. ، اداره پرتفوی وی به شرکت منتقل می­گردد و از تاريخ فسخ ،کارمزد اقساط وصولی بيمه نامه های صادره قابل پرداخت نخواهد بود.  از تاريخ فسخ به بعد، کارمزد آتی بيمه­نامه­های صادر شده به نماينده فروش جايگزین منتخب توسط مديرارشدفروش/ نماينده جنرال پرداخت می­شود. | | | | | | | | | |
| **مشخصات انتقال گیرنده**  **(نماينده فروش)** |  |  | |  |  |  |  |  |  | امضا:  اثرانگشت :  تاريخ: |
| اينجانب با مشخصات فوق، با توجه به توافق صورت گرفته، آمادگی خود را جهت دريافت پرتفوی فوق اعلام داشته و تعهد می­نمايم مسئوليت رسيدگی به امور بيمه گذاران مذکور را به نحو شايسته بعهده گيرم. | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مشخصات ارکان سازمان فروش**  **(صرفاً جهت آگاهی و اطلاع از تغيير وضعيت متقاضی)** | **انتقال دهنده** | | | **انتقال گيرنده** | | |
| سازمان فروش | نام و نام خانوادگی/ کد | مهر و امضا | سازمان فروش | نام و نام خانوادگی / کد | مهر و امضا |
| مديرارشد فروش/  نماينده عمومی |  |  | مديرارشد فروش/ نماينده عمومی |  |  |
| معاون مديرارشد فروش |  |  | معاون مديرارشد فروش |  |  |
| مديرتوسعه |  |  | مديرتوسعه |  |  |
| مديرفروش |  |  | مدير فروش |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **تائيد مديريت**  **نظارت بر امور فنی**  **سازمان فروش** | **درخواست انتقال فوق بلامانع است □ مقدور نمی باشد □**  **امضا و تاريخ:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **تائيد شعبه ناظر** | به آگاهی می‌رساند، تمامی شرایط و ضوابط دستورالعمل اجرایی تغيير وضعيت و انتقال ارکان سازمان فروش در اين درخواست کنترل گرديده و با نظر موافق ⭘ مخالف ⭘ ارسال می‌گردد. (در صورت عدم تائيد توضيح ارائه گردد) : ..........................................................................................................................................................................................................................  نام شعبه .................................. مهر و امضاء رئیس شعبه: مهر و امضاء مديرمنطقه:  کد شعبه .................... تاريخ: تاريخ: |

شماره: تاريخ: