صورتجلسه انتقال پرتفوی نماينده فروش بيمه های­زندگی ( **مبادرت به فسخ قرارداد نمايندگی توسط شرکت )**

**ضوابط:**

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

□ کد نمايندگی عمر انتقال­دهنده، **به علت**: .............................................................................................. و طی استعلام از مديريت امور نمايندگان و کارگزاران، ابطال شده است.

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

□ انتقال­دهنده ، طبق استعلام از امور مالی هيچ گونه بدهی به شرکت ندارد و تسویه حساب کامل مالی انجام شده است.

توضيحات: .........................................................................

□ رونوشت از مستندات بازخريد پرتفوی نماينده فروش ابطالی ( انتقال دهنده) ضميمه می­باشد.

**نکات مهم:**

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

⮜ امکان انتقال پرتفوی برون سازمانی وجود ندارد.

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

⮘ 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.

**ساير موارد:**

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | امضا:  اثرانگشت :  تاريخ: |
| ............................................. | |  |  |  |  |  |  |  |
| اينجانب با مشخصات فوق، تمامی پرتفوی و کليه منافع آتی بيمه نامه های صادره خود را به نماينده با مشخصات ذيل واگذار نموده و به عبارتی پرتفوی خود را بازخرید نموده و پس از اين حق و حقوقی نسبت به اين پرتفوی نخواهم داشت. | | | | | | | | |
| **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. | | | | | | | | |

شماره: تاريخ: