|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **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 |
| مديرارشدفروش/نماينده عمومی |  |  | مديرارشدفروش/نماينده عمومی |  |  |
| معاون مديرارشدفروش |  |  | معاون مديرارشدفروش |  |  |
| مديرتوسعه |  |  | مديرتوسعه |  |  |
| مديرفروش |  |  | مدير فروش |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مشخصات متقاضی****(نماينده فروش)** |  کد ملی: ............................. | **نام و کد** | مديرفروش | مديرتوسعه | معاون مديرارشدفروش | مديرارشدفروش/نماينده عمومی | امضا:اثرانگشت :تاريخ: |
|  نام و نام خانوادگی: .......................................... | کد سازمان فروش جاری :  |  |  |  |  |
|  کد نمایندگی بيمه عمر : ......................... | کد سازمان فروش مورد درخواست : |  |  |  |  |
|  علت درخواست:  |

 صورتجلسه انتقال نام نماينده فروش بيمه­های زندگی

شماره: تاريخ:

**ضوابط:**

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

□ متقاضی يک سال سابقه فعالیت مستمر در سازمان جاری را دارد.

تاريخ اولين صدور: .......................................

□ متقاضی معادل آمار مديرفروش؛ طبق ضوابط اجرائی ارتقاء ارکان سازمان فروش را دارد.

**شرايط:**

موارد ذيل توسط متقاضی به دقت مطالعه گردد.

⮜ متقاضی پس از انتقال به سازمان جديد به مدت **شش ماه** ، امکان ارتقا به سمت مديرفروشی ندارد.

⮜ کارمزد متقاضی مربوط به بيمه نامه­های دوره فعاليت قبل از درخواست تغيير وضعيت **بدون انتقال پرتفوی** ، به وی پرداخت می­گردد.

 **نکات مهم:**

• هریک از ارکان سازمان فروش در طول دوره فعالیت **فقط دوبار** می­تواند درخواست انتقال برون سازمانی داشته باشد. فاصله زمانی درخواست دوم حداقل یکسال بعد از انتقال اول خواهد بود.

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

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

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

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