فرم درخواست کد مدير فروش بيمه های عمر و تامين آتـيه

|  |  |
| --- | --- |
| **تائيد شعب ناظر** | به آگاهی می‌رساند، طبق بررسی و کنترل انجام شده : □ نامبرده واجد شرایط اخذ کد مدير فروشی **طبق ضوابط اجرائی ارتقا ارکان سازمان فروش** می‌باشد. □ در بررسی سوابقِ انتقالِ متقاضی ؛ **شش ماه از تاريخ آخرین تغییر وضعيت وی (انتقال برون سازمانی) گذشته است**. |
| **شعبه ناظرِ متقاضی مديرفروش** | **شعبه ناظرِ مديرارشد/ نماينده عمومی** |
| نام شعبه: اشخاص اصفهانکد شعبه 30042 | مهر و امضاء رئیس شعبه:تاريخ: | مهر و امضاء مديرمنطقه :تاريخ: | نام شعبه: اشخاص اصفهانکد شعبه 30042 | مهر و امضاء رئیس شعبه:تاريخ: | مهر و امضاء مديرمنطقه :تاريخ: |

|  |  |
| --- | --- |
| **تائيد مديريت****پشتيبانی فنی و آموزشی، ارکان سازمان فروش** |  **تنظيم قرارداد مدير فروش برای نامبرده بلامانع است □ مقدور نمی باشد □**  **امضا و تاريخ:** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **کد ارکان سازمان فروش**  | مدیر توسعه | معاون مديرارشد فروش | مديرارشد فروش/ نماينده عمومی | **مهر و امضا** مدير ارشد فروش / نماينده عمومی: |
| نام ..................................کد .................... | نام ..................................کد .................... | نام کد  |  |
| ميزان **درصد توزیع کارمزد** (سهم مديرفروش از 100% )**:**  50 |

شماره: 25/02/01/3060

 تاريخ: 25/02/1401

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **مشخصات متقاضی** | نام و نام خانوادگی :  | کد نمایندگی بيمه عمر (فعال):  |  **امضا** متقاضی:  |
| سابقه فعاليت (ماه) :  |
| کد ملی :  | تعداد صدور :  |
| مبلغ پرتفوی :  |

**⮜ تمامی فيلدها بصورت تايپ شده تکميل و از ارسال هرگونه نامه ، آمار و مدارک اضافی خودداری گردد.**

**⮜ شرايط اخذ کد مديرفروشی طبق بند 13 مصوبه بيست و پنجمين جلسه کميته محترم سازمان فروش مورخ 15/11/1399 می‌باشد.**