



فرم درخواست نمایندگی

فرم شماره ۱

شرکت بیمه معلم



(۱) مشخصات فردی متقاضی:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه:
 تاریخ تولد: محل تولد: کد ملی:
 آخرین مدرک تحصیلی: وضعیت تاهل: مجرد متاهل
 وضعیت نظام وظیفه:

(۲) نشانی محل سکونت:

استان: شهر:
 تلفن: پیش شماره تلفن همراه:

(۳) معرفی محل تأسیس نمایندگی:

متقاضی نمایندگی در: استان: شهر: به آدرس:
 آیا امکانات لازم برای تأسیس دفتر نمایندگی بصورت مستقل با معیارهای شرکت بیمه معلم را دارید؟

(۴) سوابق کاری:

لطفاً سوابق کاری خود را در ۵ سال اخیر در جدول زیر درج نمایید.

ردیف	نام شرکت یا سازمان	از تاریخ	تا تاریخ	سمت و شغل	آدرس و تلفن محل کار
۱					
۲					
۳					

(۵) سوابق فعالیت بیمه‌ای:

هر نوع فعالیت بیمه‌ای اعم از کارمندی، نمایندگی، بازاریابی و نظایر آن را دارید ذکر نمائید.

(۶) چنانچه از بستگان و آشنایان شما در شرکت بیمه معلم یا سایر شرکتهای بیمه‌ای اشتغال دارند نام و شماره تلفن او را ذکر نمایید.

(۷) بدینوسیله مطالب و مندرجات این پرسشنامه را که مطابق با واقعیت و کاملاً صادقانه می‌باشد تأیید مینمایم و در صورتی که خلاف آن ثابت شود مسئولیت آن را عهده دار خواهم بود.

تاریخ: امضاء

توجه: تکمیل این فرم هیچ‌گونه تعهدی را نسبت به اعطای نمایندگی برای شرکت بیمه معلم ایجاد نخواهد کرد.

لطفاً فرم تکمیل شده را به آدرس Givhchi.s@mic.co.ir ارسال فرمایید.