

فرم درخواست نمایندگی بیمه کارآفرین

مشخصات فردی

نام و نام خانوادگی: *

کد ملی: *

نام پدر: *

وضعیت تاهل: متاهل مجرد *

تاریخ تولد: *

محل تولد: *

وضعیت نظام وظیفه: عدم شمول نظام وظیفه (بانوان) (معافیت) خرید خدمت دارای کارت پایان خدمت *

دین: اسلام مسیحیت یهودیت زرتشت مذهب: *

سایر: *

تصویر: *

نام فایل بایستی انگلیسی باشد نوع فایل های مجاز jpg, gif, jpeg, png
سایز تصویر می بایست 4*3 باشد. حجم تصویر بارگزاری شده می بایست کمتر از 200KB باشد.

اطلاعات تماس

استان محل سکونت: *

شهر محل سکونت: *

تلفن همراه: *

آدرس محل سکونت: *

کد پستی:

لطفا کد پستی 10 رقمی خود را وارد نمایید.

پست الکترونیک:

تخصص ها و مهارت ها

افزودن تخصص				
عنوان	مدت تجربه	میزان تسلط	نمونه های اجرایی	سایر توضیحات

دوره های تخصصی

افزودن دوره تخصصی			
عنوان	نام مرکز آموزش	مدت دوره	سال اخذ مدرک
			سایر توضیحات

زبان های خارجی

افزودن زبان خارجی			
عنوان	خواندن	نوشتن	مکالمه

سوابق تحصیلی

افزودن سابقه تحصیلی						
مقطع تحصیلی	رشته و گرایش	نام دانشگاه یا مؤسسه	سال اخذ مدرک	معدل	وضعیت	موضوع پایان نامه

سوابق کاری

افزودن سابقه کار							
نام محل کار	مدت همکاری	شغل / سمت	نحوه همکاری	آخرین حقوق	بیمه	دلیل خاتمه	وضعیت

مشخصات شغلی

بله خیر*

آیا سابقه کار بیمه ای دارید که به تأیید مدیریت امور نمایندگان شرکت های مربوطه رسیده باشد؟ (در صورت تأیید نام شرکت بیمه و میزان سابقه فعالیت را نیز حتماً ذکر نمایید).

توضیحات:

بله خیر*

آیا تا به حال در استخدام موسسات دولتی یا غیر دولتی بوده اید؟

توضیحات:

بله خیر*

آیا از بستگان شما دارای امتیاز نمایندگی یا کارگزاری می باشد؟

توضیحات:

(مشخصات - نسبت افراد - نام شرکت)

بله خیر*

آیا از آشنایان شما در بیمه کارآفرین شاغل می باشد؟

توضیحات:

(مشخصات - نسبت افراد - سمت)

بله خیر*

آیا درخواست نمایندگی از سایر شرکتهای بیمه ای داشته اید؟

توضیحات:

علت عدم جذب

بله خیر*

آیا متقاضی دارای مدرک ICDL می باشد؟

میزان آشنایی با رایانه:

دلایل درخواست نمایندگی و برنامه عملیاتی خود را پس از دریافت کد نمایندگی به اختصار توضیح دهید:

نام واحدها یا سازمانهایی که می خواهید برای آنها بیمه نامه صادر نمایید:

امکانات مالی و اداری متقاضی - تهیه دفتر مناسب و توان مالی:

معرف

نام:

نام خانوادگی:

<input type="text"/>	نسبت شما با ایشان:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	تلفن معرف:	<input type="text"/>
	شغل:	<input type="text"/>
	آدرس معرف:	<input type="text"/>

معرفی محل تاسیس نمایندگی

<input type="text"/>	شهر محل اخذ نمایندگی:	<input type="text"/>	استان محل اخذ نمایندگی: *
<input type="text"/>			
<input type="radio"/> شخصی	نوع مالکیت:	<input type="radio"/> اداری	نوع ملک:
<input type="radio"/> استیجاری *		<input type="radio"/> تجاری *	آدرس نمایندگی:
		<input type="text"/>	فایل طرح کسب و کار:

بارگذاری فایل

هیچ فایل‌ای انتخاب نشده است

لطفا طرح کسب و کار (Business Plan) و پیش بینی خود را از یکسال آینده کسب و کار خود در یک صفحه در قالب word ارسال فرمایید.

شرایط و ضوابط

- 1- تکمیل این فرم هیچگونه تعهدی برای شرکت بیمه کارآفرین ایجاد نمی کند.
- 2- در صورت تأیید اولیه با متقاضی جهت مصاحبه تماس حاصل خواهد شد.
- 3- صحت اطلاعات وارده بر عهده شخص متقاضی می باشد، لذا نهایت دقت در تکمیل اطلاعات را داشته باشید.
- 4- چنانچه در هر مرحله از پذیرش مغایرتی با اطلاعات اظهاری در فرم، مشخص گردد، پذیرش متقاضی کان لم یکن تلقی می گردد.
- 5- تکمیل فرم پذیرش فوق پس از مطالعه دقیق آیین نامه 75 پذیرش نمایندگی بیمه مرکزی ج.ا.ا توسط اینجانب صورت گرفته است.

شرایط را قبول دارم * .