بیمه نوین NOVIN INSURANCE	فرم بررسی پیشنهاد متقاضی جایگاه مدیر ارشد فروش	کد: FO-SD-02-00 صفحه: ۱ از ۱

مشخصات متقاضی

نام و نام خانوادگی[1]: ---------- کد نمایندگی/ کارگزاری: ---------- شعبه سرپرستی: ----------

شهر محل فعالیت: ---------- تاریخ شروع همکاری(اخذ کد):---------- تاریخ درخواست:----------

تاریخ تولد/ تاریخ تأسیس:---------- مدرک تحصیلی:----------

جمع حق بیمه وصولی سال اول: ---------- ریال جمع حق بیمه وصولی کل: ---------- ریال

تعداد بیمه نامه صادره : ---------- نسبت حق بیمه معوق به حق بیمه وصولی : ----------

مشخصات نمایندگان زیر مجموعه

ردیف	کد نمایندگی	نام و نام خانوادگی	تاریخ اخذکد	تعداد فروش	حق بیمه وصولی کل(ریال)	نسبت معوقات

اظهار نظر مدیریت

کمیته راهبری سازمان فروش بیمه های عمر انفرادی:

پیرو دریافت درخواست آقای/ خانم[1] ---------- و بررسی عملکرد و سوابق نامبرده، وی شرایط احراز را طبق "شرح وظایف و شرایط احراز مدیر ارشد فروش OT-SD-01" دارا بوده و درخواست ایشان از نظر این مدیریت بلامانع می‌باشد.

مدیر توسعه فروش بیمه های عمرانفرادی

تاریخ/ امضا

اظهار نظر کمیته راهبری سازمان فروش بیمه های عمر انفرادی

جلسه بررسی درخواست آقای /خانم ..... در تاریخ ..... تشکیل و پس از بررسی سوابق ایشان با درخواست وی به عنوان مدیر ارشد فروش موافقت می‌گردد ☐ موافقت نمی‌گردد ☐ دلیل: .....

معاون امور شعب، شبکه فروش و بازاریابی **مدیر امور مالی**

مدیر بیمه های اشخاص انفرادی **مدیر توسعه فروش بیمه های عمر انفرادی**

۱- در صورتیکه مدیر ارشد فروش دارای شخصیت حقوقی باشد، نام شرکت نمایندگی یا کارگزاری مربوطه ذکر گردد.