

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण
फार्म - आईआरडीए - 3(ए) - एएफ
(फॉर्म - आईआरडीए - 3 - एएफ का क्रमांक 4 देखें)

कंपनी / फर्म के प्रत्येक निदेशक / साझेदार द्वारा भरा जाना है

1. नाम : _____
2. जन्म तिथि : _____
3. वर्तमान लाइसेंस संख्या एवं : _____
समाप्ति की तारीख
4. राष्ट्रीयता : _____
5. योग्यता (फर्म के नए साझेदारों/कंपनी के नए निदेशकों के)
क) शैक्षणिक / पेशेवर _____
ख) बीमा _____
ग) प्रशिक्षण में भाग लिया (प्रकृति - अवधि) _____

□□□□□□□□ □□□□ □□ □□□□(3+1)

6. संवाद :

फोन कार्यालय	फ़ोन निवास	फैक्स	पेजर	मोबाइल	ई-मेल

7. फर्म के नए साझेदारों / कंपनी के नए निदेशकों की जन्मतिथि

8. फर्म के नए भागीदारों/कंपनी के नए निदेशकों का व्यावहारिक प्रशिक्षण विवरण। (सर्वेक्षक/सर्वेक्षण फर्म से प्राप्त प्रशिक्षण का प्रमाण पत्र संलग्न करें)

सर्वेक्षक / सर्वेक्षण फर्म का नाम	सर्वेक्षक / सर्वेक्षण फर्म को आवंटित विभाग	सर्वेक्षक / सर्वेक्षण फर्म को प्रदत्त श्रेणी	प्राप्त प्रशिक्षण की अवधि (कृपया तारीखों का उल्लेख करें)	व्यक्ति (यों) का नाम जिसके अधीन प्रशिक्षण प्राप्त किया	कवर किए गए विषय	परिणाम

9. अनुभव :

क) यदि फर्म का कोई नया भागीदार/कंपनी का नया निदेशक किसी बीमा कंपनी में नियोजित था (यदि हां, तो विवरण दें) : _____

ख) बीमा सर्वेक्षक के अलावा पिछले रोजगार में फर्म के नए भागीदारों / कंपनी के नए निदेशकों (यदि लागू हो) का कार्य अनुभव _____

ग) अन्य व्यवसाय/रोजगार का विवरण : _____

मैं, _____ सत्यनिष्ठा से घोषणा करता हूँ और पुष्टि करता हूँ कि ऊपर दिए गए विवरण मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सही हैं।

नाम : _____

दिनांक : _____

हस्ताक्षर