

| | |
|-----------------------|------------------|
| فرم پرسش نامه استخدام | تاریخ تکمیل فرم: |
|-----------------------|------------------|

توجه: تکمیل نمودن این فرم هیچگونه تعهدی در قبال استخدام شما برای شرکت ایجاد نمی نماید.

| | | | |
|--|----------------------|-----------------|-----------------|
| اطلاعات شخصی | | | |
| نام و نام خانوادگی: | نام پدر: | شماره شناسنامه: | تاریخ تولد: / / |
| کد ملی: | تاریخ صدور شناسنامه: | محل تولد: | دین (مذهب): |
| وضعیت تاهل: مجرد <input type="radio"/> متاهل <input type="radio"/> تعداد فرزندان: | | | |
| - خدمت نظام وظیفه: <input type="radio"/> انجام داده <input type="radio"/> معاف از خدمت <input type="radio"/> ذکر نوع و علت معافیت: | | | |

- سوابق تحصیلی و آموزشی:

| مدرك تحصیلی (به ترتیب آخرین مدرك) | رشته تحصیلی | معدل كل | تاریخ شروع | تاریخ پایان | نام موسسه آموزشی | شهر - کشور |
|---|-------------|---------|------------|-------------|------------------|------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

- تجربیات شغلی:

| نام سازمان یا شرکت (به ترتیب از آخرین سابقه) | سمت / شغل | مدت سابقه | تاریخ شروع | تاریخ پایان | آخرین حقوق و مزایا (ریال) | علت ترک خدمت |
|---|-----------|-----------|------------|-------------|------------------------------|--------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

- آیا تا بحال سابقه بازاریابی داشته اید؟

| بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> (در صورت مثبت بودن پاسخ جدول زیر را پر کنید) | | | | | | |
|--|------------|--------------|----------------------------|------------|-------------------------|----------------|
| نام سازمان یا شرکت | مدت فعالیت | زمینه فعالیت | نحوه دریافت حقوق بازاریابی | محل فعالیت | شماره تماس محل کار قبلی | علت ترک فعالیت |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

- آیا تا کنون سابقه فعالیت در صنعت بیمه را داشته اید؟

| بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> (در صورت مثبت بودن پاسخ جدول زیر را پر کنید) | | | | | | |
|--|--------------|--------------|------------|-------------------------|--------------------------|-------------|
| نام شرکت بیمه ای | نام نمایندگی | محل نمایندگی | مدت فعالیت | شماره تلفن محل نمایندگی | نحوه دریافت حقوق و مزایا | علت ترک شغل |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

– آیا با انواع بیمه نامه ها آشنایی داشته اید؟

بله خیر لطفاً نوع بیمه نامه را ذکر فرمائید:

– آشنایی با زبانهای خارجی، کامپیوتر و سایر دوره ها:

| نام زبان / وضعیت | ضعیف | متوسط | خوب | عالی | نام زبان / وضعیت | ضعیف | متوسط | خوب | عالی | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------|------------------|----------|------------|------------------|---------|-------|-----|------|------|-----------------|------------------|----------|------------|-------------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| خواندن | | | | | خواندن | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| نوشتن | | | | | نوشتن | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| مکالمه | | | | | مکالمه | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>آشنایی با کامپیوتر: TYPE <input type="radio"/> POWER POINT <input type="radio"/> INTERNET <input type="radio"/> ACCESS <input type="radio"/> EXCELL <input type="radio"/> WORD <input type="radio"/> WINDOWS <input type="radio"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>گواهینامه دوره های فنی و حرفه ای یا موسسات آموزشی</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ردیف</th> <th>نام دوره آموزشی</th> <th>نام موسسه آموزشی</th> <th>مدت دوره</th> <th>تاریخ شروع</th> <th>تاریخ پایان</th> <th>توضیحات</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>سایر دوره ها و تخصص های مسلط آموزشگاهی و غیر آموزشگاهی:</p> | | | | | | | | | | ردیف | نام دوره آموزشی | نام موسسه آموزشی | مدت دوره | تاریخ شروع | تاریخ پایان | توضیحات | | | | | | | | | | | | | | |
| ردیف | نام دوره آموزشی | نام موسسه آموزشی | مدت دوره | تاریخ شروع | تاریخ پایان | توضیحات | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

– نحوه آشنایی شما با بیمه ملت:

| | | | | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> از طریق رسانه ها | <input type="radio"/> اینترنت | <input type="radio"/> تبلیغات محیطی | <input type="radio"/> داشتن بیمه نامه ملت | <input type="radio"/> از طریق دوستان | <input type="radio"/> داشتن همکاری | <input type="radio"/> عدم آشنایی |
|--|-------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|

– آیا محصول شاخصی از انواع بیمه های ملت را می توانید ذکر نمائید؟

– دو نفر از کسانی که شماره خوبی می شناسند و هیچگونه نسبت فامیلی با شما ندارند را ذکر فرمائید:

| ردیف | جنسیت | نام و نام خانوادگی | شغل | میزان تحصیلات | آدرس یا شماره تماس |
|------|-------|--------------------|-----|---------------|--------------------|
| | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

– مشخصات سکونتی:

| | |
|--|----------------|
| <input type="radio"/> منزل شخصی <input type="radio"/> منزل اجاره ای <input type="radio"/> خوابگاه دانشجویی <input type="radio"/> سایر توضیحات: | |
| آدرس محل سکونت: | |
| تلفن تماس: | شماره همراه: |
| آدرس الکترونیکی: | |
| بدینوسیله صحت کلیه اطلاعات مندرج در این فرم را تأیید و گواهی می‌نمایم. | |
| نام و نام خانوادگی: | امضاء و تاریخ: |

قسمت زیر توسط نمایندگی تکمیل می‌گردد.

| | |
|-----------------------|-------|
| نتیجه ارزیابی مصاحبه: | |
| مصاحبه کننده: | امضاء |