

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. राष्ट्रियता : _____

5. योग्यता (फर्म के नए साझेदारों/कंपनी के नए निदेशकों के)

क) शैक्षणिक / पेशेवर _____

ख) बीमा _____

ग) प्रशिक्षण में भाग लिया (प्रकृति - अवधि) _____

6. संवाद :

फोन कार्यालय	फोन 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) यदी 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

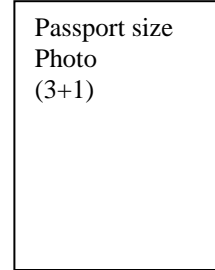
पासपोर्ट आकार
का फोटो(3+1)

INSURANCE REGULATORY AND DEVELOPMENT AUTHORITY

FORM - IRDA – 3A – AF
(See Sl.No.4 of Form-IRDA-3-AF)

To be filled in by every director/ partner of the Company/ Firm

1. Name : _____
2. Date Of Birth : _____
3. Current Licence No. & Date of Expiry : _____
4. Nationality : _____



5. Qualification (of the director/ partner of Company/ Firm)
- a) Academic/professional -----
- b) Insurance -----
- c) Training attended (Nature – duration) -----

6. Communication

Phone Office	Phone Res.	Fax	Pager	Mobile	E-Mail

7. Date of Birth of the director/ partner of the Company/ Firm : _____

8. Practical Training Details of the director/ partner of the Company/ Firm. (Please enclose the certificate of training obtained from the surveyor/ survey firm)

Name of Surveyor/ Survey Firm	Departments Allocated to the Surveyor/ Survey Firm	Category Awarded to the Surveyor/ Survey Firm	Period of training undergone (Please mention dates)	Name of person(s) under whom training undertaken	Areas covered	Result

9. Experience:
- a) Whether the director/ partner of the Company/ Firm was employed with any insurance company (If so, give details): _____
- b) Job Experience of the director/ partner of the Company/ Firm (if applicable) in previous employment other than insurance surveyor, if any: _____
- c) Details of other business/ employment: _____

I, solemnly declare and confirm that the particulars given above are true to the best of my knowledge and belief.

Signature : _____

Name : _____

Date : _____