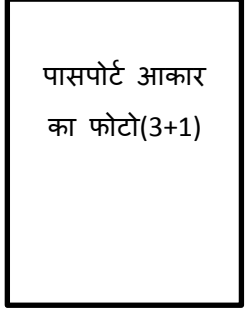


बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण
फार्म - आईआरडीए - 6(ए) - एएफ
(फॉर्म-आईआरडीए-6-एएफ का क्रमांक 7 देखें)

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 | पजेर | 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 |
|---|---|---|---|---|-----------------------|--------|
| | | | | | | |

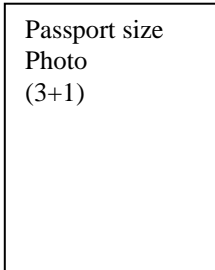
9. अनुभव :
क) यदी फर्म का कोई नया भागीदार/कंपनी का नया निदेशक किसी बीमा कंपनी में नियोजित था (यदि हां, तो विवरण दें) : _____
ख) बीमा सर्वेक्षक के अलावा पिछले रोजगार में फर्म के नए भागीदारों / कंपनी के नए निदेशकों (यदि लागू हो) का कार्य अनुभव _____
ग) अन्य व्यवसाय/रोजगार का विवरण : _____
मैं, _____ सत्यनिष्ठा से घोषणा करता हूँ और पुष्टि करता हूँ कि ऊपर दिए गए विवरण मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सही हैं।
नाम : _____ हस्ताक्षर : _____
दिनांक : _____

INSURANCE REGULATORY AND DEVELOPMENT AUTHORITY

FORM - IRDA – 6A – AF
(See sl.No.7of Form-IRDA-6-AF)

To be filled 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 new partners of the firm/ new directors of the company)

- 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 new partners of the firm/ new directors of the company -----

8. Practical Training Details of new partners of the firm/ new directors of the company. (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 any of the new patners of the firm/ new directors of the company was employed with any insurance company (If so, give details): _____
- b) Job Experience of new partners of the firm/ new directors of the company (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 : _____