



درخواست / پیشنهاد بیمه مستمری مدت معین قطعی

متقاضی گرامی، نظر به اینکه مفاد بیمه نامه مستمری بر اساس مندرجات این فرم تنظیم و صادر می گردد، خواهشمند است پاسخ کلیه سوالات را به طور کامل و صحیح و همچنین بدون خط خوردگی و لاک گرفتگی درج فرمایید. تکمیل این فرم تا قبل از صدور بیمه نامه، تعهدی برای شرکت بیمه کارآفرین ایجاد نمی نماید.

شماره بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری: نام و کد شعبه: نام و کد معرف: نام و کد قرارداد جمعی: تاریخ تکمیل فرم:

مشخصات متقاضی (حداقل ۱۸ سال)

نام و نام خانوادگی (حقیقی)/ نام موسسه (حقوقی): نام پدر: / جنسیت: مرد زن متاهل مجرد تاریخ تولد: / / کد ملی: / / شماره شناسنامه/ثبت: / / شغل اصلی: (لطفاً از عناوین شغلی عام نظیر آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمائید)

محل صدور: کد/شناسه ملی: / / تلفن همراه: / / مشخصات تلفن تماس و آدرس قانونی جهت مکاتبات بیمه گر:

محل سکونت: استان: شهر: / / تلفن ثابت (با ذکر کد شهر)/ تلفن همراه دوم: / / محل کار: استان: شهر: / / آدرس: / / کد پستی: / / پست الکترونیک: / /

مشخصات حساب بانکی جهت دریافت مبالغ مستمری (توجه: مبالغ مستمری به مستمری بگیر پرداخت می گردد لذا چنانچه شخص متقاضی همان مستمری بگیر می باشد، اطلاعات حساب تکمیل گردد):

نام بانک و کد شعبه: شماره حساب: / / شماره شبا: / /

مشخصات مستمری بگیر

نسبت مستمری بگیر با متقاضی:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: / / جنسیت: مرد زن متاهل مجرد تاریخ تولد: / / کد ملی: / / شماره شناسنامه: / / شغل اصلی: (لطفاً از عناوین شغلی عام نظیر آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمائید)

محل سکونت: استان: شهر: / / تلفن همراه: / / مشخصات تلفن تماس و آدرس قانونی جهت مکاتبات بیمه گر:

محل سکونت: استان: شهر: / / تلفن ثابت (با ذکر کد شهر)/ تلفن همراه دوم: / / محل کار: استان: شهر: / / آدرس: / / کد پستی: / /

مشخصات حساب بانکی جهت دریافت مبالغ مستمری:

نام بانک و کد شعبه: شماره حساب: / / شماره شبا: / /

مشخصات بیمه نامه - نوع در خواست

نوع بیمه نامه: مستمری مدت معین قطعی - بدون فاصله (آنی) مدت بیمه نامه: ۵ سال ۱۰ سال

مبلغ حق بیمه یکجا: ریال

روش دریافت مستمری: سالانه ماهانه ضریب تعدیل سالانه مستمری: ۱۰٪ ۵٪ بدون افزایش

استفاده کنندگان

شماره شبا	شماره حساب	اولویت	درصد سهم	نسبت با مستمری بگیر	کد/شناسه ملی	تاریخ تولد/ثبت	نام پدر	نام و نام خانوادگی/نام موسسه	
								۱	۲
									در صورت فوت
									مستمری بگیر

۱- اختیار بازخرید بیمه نامه (معادل ۱۰۰ درصد ارزش بازخرید) با بیمه گزار می باشد.

۲- در صورت فوت بیمه گزار، مستمری بگیر جانشین وی خواهد شد.

۳- جهت تسهیل فرآیند پرداخت مستمری و رعایت حقوق استفاده کنندگان، تا حد امکان از درج عبارت وراث قانونی خودداری فرمایید.

گواهی و امضا متقاضی

اینجانب به عنوان متقاضی با اطلاع کامل از شرایط بیمه نامه مستمری و در نهایت حسن نیت، درخواست را تکمیل و گواهی می نمایم:

در صورت انصراف از ادامه بیمه نامه، تعهدات بیمه گر صرفاً محدود به ارزش بازخرید بیمه نامه خواهد بود و ادعایی خارج از این مبلغ نخواهم داشت.

نام، نام خانوادگی متقاضی

تاریخ، امضا (الزامی)

گواهی و امضا معرف

اینجانب/اینجانبان به عنوان نماینده/ کارگزار گواهی می نمایم:

در نهایت حسن نیت، درباره شرایط بیمه نامه، تعهدات طرفین و میزان ارزش بازخرید، اطلاعات کامل و دقیقی به متقاضی ارائه شده است.

نام، نام خانوادگی معرف/سرپرست فروش

تاریخ، مهر، امضا (الزامی)

نام و نام خانوادگی رئیس واحد صدور/شعبه

تاریخ، مهر، امضا(الزامی)