

بانک خاورمیانه  
Middle East Bank



|                      |                  |                                 |                   |
|----------------------|------------------|---------------------------------|-------------------|
| 1399-12-3            | تاریخ تراکنش:    | 1399-12-3 11:53                 | زمان رسید         |
| موفق                 | وضعیت انتقال وجه | پایا                            | نوع انتقال وجه    |
| IRR 1,201,026,458    | کل مبلغ          | 10070221                        | شماره تراکنش:     |
| بیمه زندگی خاورمیانه | نام صاحب حساب:   | 1007-10-810-                    | شماره حساب بدهکار |
|                      |                  |                                 | شرح مبدا:         |
|                      |                  |                                 | تایید کنندگان     |
|                      |                  | محمد ابراهیم امین - مهدی نوروزی |                   |

## اطلاعات حساب مقصد

| شناسه پرداخت | مبلغ        | نام بانک | نام دارنده حساب | نام استعلام شده | شماره حساب مقصد | شماره پیگیری |
|--------------|-------------|----------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------|
|              | 100,513,229 | ملی      |                 |                 |                 |              |
|              | 500,000,000 | ملی      |                 |                 |                 |              |
|              | 100,513,229 | ملی      |                 |                 |                 | 1399120001   |
|              | 500,000,000 | ملی      |                 |                 |                 |              |



بیمه نامه مستمری و بازنشستگی تکمیلی

|                             |                                 |            |                                |            |
|-----------------------------|---------------------------------|------------|--------------------------------|------------|
| شماره بیمه نامه:            | تاریخ صدور:                     | ۱۳۹۹/۰۹/۲۹ | واحد صدور:                     | مرکزی      |
| مدت پرداخت حق بیمه:         | تاریخ شروع قرارداد:             | ۱۳۹۹/۰۹/۲۹ | تاریخ اتمام قرارداد:           | ۱۴۱۹/۰۹/۲۹ |
| نحوه پرداخت حق بیمه:        | درصد افزایش سالانه حق بیمه:     | ۱۰         | درصد افزایش سالانه سرمایه فوت: | ۵          |
| مدت دریافت مستمری:          | مدت تضمین:                      | ۳۰ سال     | قرارداد:                       | کارگری     |
| نحوه دریافت مستمری:         | درصد افزایش سالانه مبلغ مستمری: | ۰ درصد     |                                |            |
| کد و نام نماینده / کارگزار: |                                 |            |                                |            |

شرکت بیمه زندگی خاور میانه بر اساس پیشنهاد شماره ۸۰۸۰۵۸۰ مورخ ۱۳۹۹/۰۹/۲۷ بیمه گذار، با دریافت حق بیمه مقرر و طبق شرایط عمومی و خصوصی پیوست این بیمه نامه، بیمه شده را با شرایط زیر بیمه می نماید.

|              |                                |             |      |
|--------------|--------------------------------|-------------|------|
| شماره مشتری: | نام و نام خانوادگی / نام شرکت: | نام پدر:    | محمد |
| تاریخ تولد:  | شماره ملی:                     | کد اقتصادی: | ۰۰۰  |
| آدرس:        | سجادشهر                        | تلفن ثابت:  |      |
| کد پستی:     | تلفن همراه:                    |             |      |

|              |                     |            |      |
|--------------|---------------------|------------|------|
| شماره مشتری: | نام و نام خانوادگی: | نام پدر:   | محمد |
| تاریخ تولد:  | شماره ملی:          | تلفن ثابت: |      |
| آدرس:        | سجادشهر             |            |      |
| کد پستی:     | تلفن همراه:         |            |      |

|  |      |           |   |      |         |
|--|------|-----------|---|------|---------|
| سرمایه فوت به هر علت سال اول                         | ریال | ۳۰۰۰۰۰۰۰۰ | حق بیمه فوت به هر علت با هزینه ها سال اول             | ریال | ۷۷۲،۱۲۱ |
| سرمایه فوت بر اثر حادثه سال اول                      | ریال | ۹۰۰۰۰۰۰۰۰ | حق بیمه فوت بر اثر حادثه سال اول                      | ریال | ۱۸۳،۰۰۹ |
| سرمایه نقص عضو و از کار افتادگی بر اثر حادثه سال اول | ریال | ۶۰۰۰۰۰۰۰۰ | حق بیمه نقص عضو و از کار افتادگی بر اثر حادثه سال اول | ریال | ۵۲،۲۸۸  |
| سرمایه هزینه پزشکی ناشی از حادثه                     | ریال | ۱۸۰۰۰۰۰۰۰ | حق بیمه هزینه پزشکی ناشی از حادثه                     | ریال | ۷۱۳،۰۲۰ |
| سرمایه بیماریهای خاص سال اول                         | ریال | ۹۰۰۰۰۰۰۰۰ | حق بیمه هزینه بیماریهای خاص سال اول                   | ریال | ۳۵،۶۵۱  |
| سرمایه سرطان سال اول                                 | ریال | ۳۰۰۰۰۰۰۰۰ | حق بیمه سرطان سال اول                                 | ریال | ۳۵،۶۵۱  |
| معافیت از پرداخت حق بیمه                             | دارد |           | حق بیمه معافیت از پرداخت حق بیمه                      | ریال | ۲۸،۳۴۷  |

|                        |      |           |
|------------------------|------|-----------|
| حق بیمه                | ریال | ۲،۸۳۶،۱۹۲ |
| مالیات بر ارزش افزوده: | ریال | ۱۰۹،۲۰۵   |
| عوارض شهرداری:         | ریال | ۵۴،۶۰۳    |
| جمع کل پرداخت شده:     | ریال | ۳،۰۰۰،۰۰۰ |

سه میلیون ریال (به حروف):

|                         |             |        |            |      |        |
|-------------------------|-------------|--------|------------|------|--------|
| نام و نام خانوادگی      | نام پدر     | کد ملی | نسبت       | درصد | اولویت |
| مستمری                  | محمد        |        | اصلی       | ۱۰۰  | ۱      |
| مستمری در مدت تضمین شده | محمدعلی     |        | همسر       | ۱۰۰  | ۱      |
| در صورت فوت بیمه شده    | حسن محمدعلی |        | فرزند همسر | ۵۰   | ۱      |

\*ذینفع مالی بیمه نامه در زمان حیات بیمه شده شخص بیمه شده می باشد.

|       |  |
|-------|--|
| پیوست | شرایط عمومی<br>شرایط خصوصی<br>جدول اندوخته بیمه نامه |
|-------|--|

مهر و امضا واحد صدور:

امضا مدیریت فنی:





نام و نام خانوادگی / نام شرکت: [Redacted] پدر: [Redacted] محل تولد: [Redacted] محل صدور: [Redacted] تاریخ تولد: ۱۳۶۲/۱۲/۲۲

کد اقتصادی (اشخاص حقوقی): [Redacted] شماره ثبت (اشخاص حقوقی): [Redacted] شماره ملی: [Redacted] شماره شناسنامه: [Redacted]

شغل (با شرح): [Redacted] وضعیت نظام وظیفه: [Redacted] تابعیت / وضعیت اقامت: [Redacted] آخرین مدرک تحصیلی: [Redacted]

جنسیت: مرد  زن  وضعیت تاهل: متاهل  مجرد  متاهل  تلفن ثابت: [Redacted] تلفن همراه: [Redacted]

آدرس محل سکونت: [Redacted] کد پستی: [Redacted] آدرس محل کار: [Redacted]

کد و نام نماینده / کارگزار: [Redacted]

بیمه‌گذار و بیمه‌شده یک نفر می‌باشند:  (در صورتی که بیمه‌گذار و بیمه‌شده یک شخص باشد، تکمیل این کادر ضرورتی ندارد.)

نام و نام خانوادگی: [Redacted] نام پدر: [Redacted] محل تولد: [Redacted] محل صدور: [Redacted] تاریخ تولد: [Redacted] شماره شناسنامه: [Redacted]

شماره ملی: [Redacted] نسبت با بیمه‌گذار: [Redacted] شغل (با شرح): [Redacted] وضعیت نظام وظیفه: [Redacted]

تابعیت / وضعیت اقامت: [Redacted] ملیت: [Redacted] آخرین مدرک تحصیلی: [Redacted] وضعیت اقامت: [Redacted]

جنسیت: مرد  زن  وضعیت تاهل: مجرد  متاهل  تلفن ثابت: [Redacted] تلفن همراه: [Redacted]

آدرس محل سکونت: [Redacted] کد پستی: [Redacted] آدرس محل کار: [Redacted]

نحوه پرداخت حق بیمه: ماهانه  سه ماهه  شش ماهه  سالانه  یکجا  (مدت انتظار ..... سال) سپرده اولیه: ..... ریال

مدت پرداخت حق بیمه: ..... (از ۵ تا ۳۰ سال)

مبلغ حق بیمه در شروع قرارداد (به عدد): ..... ریال به حروف: [Redacted]

افزایش سالیانه حق بیمه: عدم افزایش  از ۰ تا ۲۰ درصد  (به میزان ..... درصد)

سرمایه درخواست شده در صورت فوت در مدت پرداخت حق بیمه (به عدد): ..... ریال به حروف: [Redacted]

(سرمایه فوت از ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال تا ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال است.)

افزایش سالیانه سرمایه بیمه عمر در مدت پرداخت حق بیمه: عدم افزایش  از ۱ تا ۲۰ درصد  (به میزان ..... درصد)

(افزایش سالیانه حق بیمه باید بزرگتر یا مساوی افزایش سالیانه سرمایه فوت در سال باشد و در شرایط خاص تایید نهایی نرخ منوط به موافقت بیمه‌گر می‌باشد.)

نحوه دریافت مستمری: ماهانه  سه ماهه  شش ماهه  سالانه

مبلغ دریافتی مستمری در شروع با توجه به نحوه پرداخت: ..... ریال

مدت دریافت مستمری: ..... سال (از ۱ سال تا مادام‌العمر) با تضمین  (..... سال) بدون تضمین

افزایش سالیانه مبلغ مستمری: عدم افزایش  به میزان ۵ درصد

\* تنها در مدت پرداخت حق بیمه پوشش‌های تکمیلی زیر قابل ارائه می‌باشد:

سرمایه فوت بر اثر حادثه: عدم درخواست  برابر با سرمایه فوت  دو برابر سرمایه فوت  سه برابر سرمایه فوت

سرمایه امراض خاص (سکته قلبی، سکته مغزی، جراحی قلب باز، پیوند اعضای اصلی بدن): بلی  خیر

سرمایه سرطان: بلی  خیر

بیمه‌گذار و بیمه‌شده متفاوت: پوشش معافیت بیمه‌گذار از پرداخت حق بیمه در صورت فوت: بلی  خیر

بیمه‌گذار و بیمه‌شده یکسان: پوشش معافیت بیمه‌گذار از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی کلی: بلی  خیر

سرمایه هزینه پزشکی ناشی از حادثه (منوط به اخذ پوشش حادثه می‌باشد): بلی  خیر

سرمایه از کارافتادگی و نقص عضو جزئی و کلی ناشی از حادثه (منوط به اخذ پوشش حادثه می‌باشد): عدم درخواست  ۵۰ درصد سرمایه فوت  ۱۰۰ درصد سرمایه فوت

۱۵۰ درصد سرمایه فوت  ۲۰۰ درصد سرمایه فوت

\* در زمان دریافت مستمری، در صورت تمایل اخذ پوشش زیر امکان‌پذیر می‌باشد:

سرمایه فوت به هر علت (به عدد): ..... ریال به حروف: [Redacted]

| ردیف | نام و نام خانوادگی | شماره ملی  | تاریخ تولد | نام پدر    | نسبت با بیمه‌شده | درصد سهم | اولویت |
|------|--------------------|------------|------------|------------|------------------|----------|--------|
| ۱    | [Redacted]         | [Redacted] | [Redacted] | [Redacted] | همسر             | ۵۰       | ۱      |
| ۲    | [Redacted]         | [Redacted] | [Redacted] | [Redacted] | فرزند            | ۵۰       | ۱      |
| ۳    | [Redacted]         | [Redacted] | [Redacted] | [Redacted] | [Redacted]       | -        | -      |
| ۱    | [Redacted]         | [Redacted] | [Redacted] | [Redacted] | همسر             | ۱۰۰      | ۱      |

\* دریافت‌کننده مبلغ مستمری بیمه شده می‌باشد، تنها در صورت تضمین مدت دریافت مستمری، دینچه مالی آن در قسمت کادر "مستمری در مدت تضمین شده" تعیین می‌شود.

دینچه مالی بیمه‌نامه در زمان حیات بیمه‌شده، بیمه‌شده می‌باشد.

۱- چنانچه در حال حاضر در این شرکت یا شرکت دیگری بیمه زندگی برای شما صادر گردیده و یا در جریان صدور می‌باشد نوع بیمه، سرمایه فوت، تاریخ شروع، مدت قرارداد و تاریخ شروع بیمه نامه را ذکر نمایید.



جمهوری اسلامی ایران

# سازمان ثبت احوال کشور گواهی وفات

نام:

نام خانوادگی:

جنسیت: آقا

شماره ملی:

شماره شناسنامه:

تاریخ تولد: ۱۳۶۱/۱۲/۰۲

محل صدور: بیرجند

حوزه:

نام پدر: محمد

نام مادر: فاطمه

وضعیت ازدواج: شغل:

تحصیلات:

تاریخ: ۱۳۹۹/۱۰/۲۴

محل:

علت: برخورد اجسام سخت یا تیز

شماره ثبت: ۱۷۲۱۳

محل تنظیم سند: بیرجند

تاریخ ثبت: ۱۳۹۹/۱۰/۲۷

آقای خانم

این گواهی بر حسب تقاضای صادر و تحویل گردید.

اداره ثبت احوال:

بیرجند

نام و نام خانوادگی مامور:

محسن معاضدی فر

فرزند:

امضاء، تاریخ و مهر

۹۹/۱۰/۲۷

فوتوس برابری اصل ابزاری است  
بیرجند

مختصات موقی

مختصات اقصی

بوصیحات

تحوّل کننده

صادر کننده گواهی