

بانک خاورمیانه
Middle East Bank



تاریخ تراکنش: 1399-11-25

زمان رسید 1399-11-25 15:18

وضعیت انتقال وجه موفق

نوع انتقال وجه پایا

IRR 2,014,408,360

کل مبلغ

شماره تراکنش: 10070213

بیمه زندگی خاورمیانه

نام صاحب حساب:

شماره حساب بدهکار 1007-10-810-707072226

خسارت فوت

شرح مبدا:

محمد ابراهیم امین - مهدی نوروزی

تایید کنندگان

اطلاعات حساب مقصد

شناسه پرداخت	مبلغ	نام بانک	نام دارنده حساب	نام اعلام شده	شماره حساب مقصد	شماره پیگیری
	203,602,090	ملی				
	300,000,000	ملی				
	107,204,180	ملی				
	400,000,000	ملی				
	500,000,000	ملی				
	203,602,090	ملی				
	300,000,000	ملی				

بیمه نامه مستمری و بازنشستگی تکمیلی

شماره بیمه نامه:	۹۹۰۴۰۰۶۷۰۸	تاریخ صدور:	۱۳۹۹/۰۸/۲۶	واحد صدور:	مرکزی
مدت پرداخت حق بیمه:	۳۰ سال	تاریخ شروع قرارداد:	۱۳۹۹/۰۸/۲۶	تاریخ اتمام قرارداد:	۱۴۲۹/۰۸/۲۶
نحوه پرداخت حق بیمه:	سالانه	درصد افزایش سالانه حق بیمه:	۲۰	درصد افزایش سالانه سرمایه فوت:	۱۰
مدت دریافت مستمری:	مادام العمر	مدت تضمین:	۳۰ سال	قرارداد:	انفرادی
نحوه دریافت مستمری:	ماهانه	درصد افزایش سالانه مبلغ مستمری:	۵ درصد		
کد و نام نماینده / کارگزار:	[Redacted]				

شرکت بیمه زندگی خاور میانه بر اساس پیشنهاد شماره ۷۳۸۷۴۰۹ مورخ ۱۳۹۹/۰۸/۲۶ 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:	۱۷۸۹۷۰۹	نام و نام خانوادگی / نام شرکت:	[Redacted]	نام پدر:	سیفعلی
تاریخ تولد:	۱۳۵۵/۰۶/۳۰	شماره ملی:	[Redacted]	کد اقتصادی:	۰۰۰
آدرس:	قزوین	تلفن همراه:	[Redacted]	تلفن ثابت:	[Redacted]
کد پستی:	[Redacted]				

شماره مشتری:	۱۷۸۹۷۰۹	نام و نام خانوادگی:	[Redacted]	نام پدر:	سیفعلی
تاریخ تولد:	۱۳۵۵/۰۶/۳۰	شماره ملی:	[Redacted]	تلفن ثابت:	[Redacted]
آدرس:	قزوین	تلفن همراه:	[Redacted]		
کد پستی:	[Redacted]				

سرمایه فوت به هر علت سال اول	ریال	۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰	حق بیمه فوت به هر علت با هزینه ها سال اول	ریال	۹،۱۴۱،۰۵۳
سرمایه فوت بر اثر حادثه سال اول	ریال	۱،۵۰۰،۰۰۰،۰۰۰	حق بیمه فوت بر اثر حادثه سال اول	ریال	۶۳۰،۰۰۰
سرمایه نقص عضو واز کار افتادگی بر اثر حادثه سال اول	ریال	۱،۰۰۰،۰۰۰،۰۰۰	حق بیمه نقص عضو واز کارافتادگی بر اثر حادثه سال اول	ریال	۱۸۰،۰۰۰
سرمایه هزینه پزشکی ناشی از حادثه	ریال	۳۰۰،۰۰۰،۰۰۰	حق بیمه هزینه پزشکی ناشی از حادثه	ریال	۲،۴۰۰،۰۰۰
سرمایه بیماریهای خاص سال اول	ریال	۱۵۰،۰۰۰،۰۰۰	حق بیمه هزینه بیماریهای خاص سال اول	ریال	۴۲۰،۰۰۰
سرمایه سرطان سال اول	ریال	۵۰،۰۰۰،۰۰۰	حق بیمه سرطان سال اول	ریال	۴۲۰،۰۰۰
معافیت از پرداخت حق بیمه	دارد		حق بیمه معافیت از پرداخت حق بیمه	ریال	۳،۸۲۵،۹۵۳

حق بیمه	ریال	۳۱،۲۶۸،۴۷۰
مالیات بر ارزش افزوده:	ریال	۱،۰۲۱،۰۲۰
عوارض شهرداری:	ریال	۵۱۰،۵۱۰
جمع کل پرداخت شده:	ریال	۳۲،۸۰۰،۰۰۰

سی و دو میلیون و هشتصد هزار ریال (به حروف):

ذینفع مالی	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	نسبت	درصد	اولویت
	[Redacted]	سیفعلی	[Redacted]	اصلی	۱۰۰	۱
	[Redacted]	قدرت	[Redacted]	همسر	۱۰۰	۱
	[Redacted]	جمشید	[Redacted]	فرزند	۲۵	۱
	[Redacted]	جمشید	[Redacted]	فرزند	۲۵	۱
	[Redacted]	قدرت	[Redacted]	همسر	۵۰	۱

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

مهر و امضا واحد صدور: _____
 امضا مدیریت فنی: _____
 مهر و امضا واحد صدور: _____





پیشنهاد بیمه مستمري و بازنشستگي تکميلي

نام و نام خانوادگی: نام شرکت
 کد اقتصادی (اشخاص حقوقی):
 شغل (با شرح):
 جنسیت: زن مرد
 تلفن ثابت:
 آدرس محل سکونت:
 کد پستی:
 آدرس محل کار:
 نام پدر: محل تولد:
 شماره ثبت (اشخاص حقوقی):
 وضعیت نظام وظیفه: متاهل مجرد
 وضعیت تاهل: متاهل مجرد
 تلفن همراه:
 محل صدور: تاریخ تولد: ۱۳۵۵ / ۰۳ / ۰۳
 شماره ملی: ۲۱۵۹۱۰۸۹۲ شماره شناسنامه:
 تابعیت / وضعیت اقامت: ایران - دائم
 آخرین مدرک تحصیلی: ایران - دکترا

بیمه گذار و بیمه شده یکسان می باشد:
 نام و نام خانوادگی: نام پدر: محل تولد: محل تولد:
 شماره ملی: نسبت با بیمه گذار:
 تابعیت / وضعیت اقامت: ملیت:
 جنسیت: زن مرد
 آدرس محل سکونت:
 کد پستی:
 آدرس محل کار:
 شماره شناسنامه: تاریخ تولد: محل صدور: شغل (با شرح):
 وضعیت نظام وظیفه: آخرین مدرک تحصیلی: تلفن ثابت: تلفن همراه:

نحوه پرداخت حق بیمه: ماهانه سه ماهه شش ماهه سالانه یکجا (مدت انتظار سال) سپرده اولیه: ریال
 مدت پرداخت حق بیمه: (از ۳۰ تا ۳۰ سال)
 مبلغ حق بیمه در شروع قرارداد (به عدد): ریال
 افزایش سالیانه حق بیمه: عدم افزایش از ۱ تا ۲۰ درصد (به میزان درصد)
 سرمایه در خواست شده در صورت فوت در مدت پرداخت حق بیمه (به عدد): ریال به حروف:
 (سرمایه فوت از ۵۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال تا ۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰ 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 ستل باشد و در شرایط خاص تایید نهایی نرخ منوط به موافقت بیمه گر می باشد)
 نحوه دریافت مستمري: ماهانه سه ماهه شش ماهه سالانه
 مبلغ دریافتی مستمري در شروع با توجه به نحوه پرداخت: ریال
 مدت دریافت مستمري: سال (از ۱ سال تا مادام العمر) با تضمین (۳۵ سال) بدون تضمین
 افزایش سالیانه مبلغ مستمري: عدم افزایش به میزان ۵ درصد

تنها در مدت پرداخت حق بیمه پوشش های تکميلي زیر قابل ارائه می باشد:
 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
 بیمه گذار و بیمه شده متفاوت: پوشش معافیت بیمه گذار از پرداخت حق بیمه در صورت فوت: بلی خیر
 بیمه گذار و بیمه شده یکسان: پوشش معافیت بیمه گذار از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی کلی: بلی خیر
 سرمایه هزینه پزشکی ناشی از حادثه (منوط به اخذ پوشش حادثه می باشد): بلی خیر
 سرمایه از کارافتادگی و نقص عضو جزئی و کلی ناشی از حادثه (منوط به اخذ پوشش حادثه می باشد): عدم درخواست ۵۰ درصد سرمایه فوت ۱۰۰ درصد سرمایه فوت ۱۵۰ درصد
 سرمایه فوت: ۲۰۰ درصد سرمایه فوت
 در زمان دریافت مستمري، در صورت تمایل اخذ پوشش زیر امکان پذير می باشد:
 سرمایه فوت به هر علت (به عدد): ریال به حروف:

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره ملی	تاریخ تولد	نام پدر	نسبت با بیمه شده	درصد سهم	اولویت
۱			۴۳/۱۱/۰۵	قدرت	همسر	۰.۵۰	
۲			۲۲/۰۷/۰۲	مهد	همسر	۰.۲۵	
۳			۸۷/۰۹/۱۳	جلیله	همسر	۰.۲۵	
۱			۴۳/۱۱/۰۵	قدرت	همسر	۰.۱۰۰	

دریافت کننده مبلغ مستمري بیمه شده می باشد. تنها در صورت تضمین مدت دریافت مستمري، ذینفع مالی آن در قسمت کادر "مستمري در مدت تضمین شده" تعیین می شود.
 ذینفع مالی بیمه نامه در زمان حیات بیمه شده، بیمه شده می باشد.

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

۲۱/ف ۵۱۸۴۶۲



مشخصات متوفی	نام:	[Redacted]	نام خانوادگی:	[Redacted]
	جنسیت:	آقا	شماره ملی:	[Redacted]
	تاریخ تولد:	۱۳۵۵/۰۶/۳۰	محل صدور:	[Redacted]
	نام پدر:	سیفعلی	نام مادر:	[Redacted]
مشخصات واقعه وفات	وضعیت ازدواج:	--	شغل:	--
	تاریخ:	۱۳۹۹/۰۹/۲۳	محل:	[Redacted]
	علت:	حوادث ترافیکی	شماره ثبت:	۲۳۷۱۸
	محل تنظیم سند:	[Redacted]	تاریخ ثبت:	۱۳۹۹/۰۹/۲۶
توضیحات	<p>فتوکی با اصل ابرازی دقتر خانه برابر است شماره ۴</p>			
تحويل گیرنده	<p>این گواهی بر حسب تقاضای آقای خانم صادر و تحويل گردید. فروین</p>			
صادر کننده گواهی	<p>اداره ثبت احوال: بیلارید نام و نام خانوادگی مامور:</p>			

فرزند:

امضاء، تاریخ و مهر
۱۳۹۹/۰۹/۲۳