



بیمه نامه مستمری و بازنشستگی تکمیلی

شماره بیمه نامه:	تاریخ صدور:	۱۴۰۰/۰۶/۰۳	واحد صدور:	مرکزی
مدت پرداخت حق بیمه:	تاریخ شروع قرارداد:	۱۴۰۰/۰۶/۰۳	تاریخ اتمام قرارداد:	۱۴۱۵/۰۶/۰۳
نحوه پرداخت حق بیمه:	درصد افزایش سالانه حق بیمه:	۱۰	درصد افزایش سالانه سرمایه فوت:	۵
مدت دریافت مستمری:	مدت تضمین:	۲۰ سال		
نحوه دریافت مستمری:	درصد افزایش سالانه مبلغ مستمری:	۵ درصد	قرارداد:	انفرادی
کد و نام نماینده / کارگزار:				

شرکت بیمه زندگی خاور میانه بر اساس پیشنهاد شماره ۱۳۴۳۹۷۰۲ مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۰۳ 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:	۱۹۰۰۷۱۲	نام پدر:	علی اکبر
تاریخ تولد:	شماره ملی:	۱۳۵۱/۰۴/۱۵	کد اقتصادی:	***
آدرس:	تلفن همراه:		تلفن ثابت:	
کد پستی:				

شماره مشتری:	نام و نام خانوادگی:	۱۹۰۰۸۲۵	نام پدر:	نجف
تاریخ تولد:	شماره ملی:	۱۳۷۸/۰۵/۱۸	تلفن ثابت:	
آدرس:	تلفن همراه:			
کد پستی:				

سرمایه فوت به هر علت سال اول	ریال	۱.۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰	حق بیمه فوت به هر علت با هزینه ها سال اول	ریال	۶.۱۷۳.۳۲۳
سرمایه فوت بر اثر حادثه سال اول	ریال	۴.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	حق بیمه فوت بر اثر حادثه سال اول	ریال	۵۵۴.۵۷۱
سرمایه نقص عضو و از کار افتادگی بر اثر حادثه سال اول	ریال	۳.۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰	حق بیمه نقص عضو و از کار افتادگی بر اثر حادثه سال اول	ریال	۱۹۰.۱۳۹
سرمایه هزینه پزشکی ناشی از حادثه	ریال	۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰	حق بیمه هزینه پزشکی ناشی از حادثه	ریال	۱.۱۶۱.۹۵۹
سرمایه بیماریهای خاص سال اول	ریال	۴۸۰.۰۰۰.۰۰۰	حق بیمه هزینه بیماریهای خاص سال اول	ریال	۵۷۰.۰۴۲
سرمایه سرطان سال اول	ریال	۱۶۰.۰۰۰.۰۰۰	حق بیمه سرطان سال اول	ریال	۵۷۰.۰۴۲
معافیت از پرداخت حق بیمه	دارد		حق بیمه معافیت از پرداخت حق بیمه	ریال	۱.۳۰۵.۰۱۹

حق بیمه	ریال	۱۹.۱۴۵.۰۸۲
مالیات بر ارزش افزوده:	ریال	۵۶۹.۹۴۵
عوارض شهرداری:	ریال	۲۸۴.۹۷۳
جمع کل پرداخت شده:	ریال	۲۰.۰۰۰.۰۰۰

(به حروف): بیست میلیون ریال

نام و نام خانوادگی	نام پدر	نسبت	کد ملی	درصد	اولویت
	نجف	اصلی		۱۰۰	۱
	حیدر	مادر		۱۰۰	۱
	علی اکبر حیدر	پدر مادر		۵۰ ۵۰	۱ ۱

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

شرایط عمومی
شرایط خصوصی
جدول اندوخته بیمه نامه

مهر و امضا واحد صدور:   امضا مدیریت فنی: 

پیشنهاد بیمه مستمري و بازنشستگي تکميلي

نام و نام خانوادگي/نام شرکت: [REDACTED]	نام پدر: علی اکبر	تاریخ تولد: ۱۳۵۱/۰۴/۱۵
کد اقتصادی (اشخاص حقوقی): ***	شماره ثبت (اشخاص حقوقی): ***	شماره ملی: [REDACTED]
شغل (با شرح): بازنشسته	جنسیت: مرد	وضعیت تاهل: متاهل
تلفن ثابت: [REDACTED]	تلفن همراه: [REDACTED]	
آدرس محل سکونت: [REDACTED]		
کد پستی: [REDACTED]		

مشخصات بیمه گذار

نام و نام خانوادگي/نام شرکت: [REDACTED]	نام پدر: نجف	تاریخ تولد: ۱۳۷۸/۰۵/۱۸
کد اقتصادی (اشخاص حقوقی): ***	شماره ثبت (اشخاص حقوقی): ***	شماره ملی: [REDACTED]
شغل (با شرح): دانشجو	جنسیت: مرد	وضعیت تاهل: مجرد
نسبت با بیمه گذار: فرزند	تلفن ثابت: [REDACTED]	تلفن همراه: [REDACTED]
آدرس محل سکونت: [REDACTED]		
کد پستی: [REDACTED]		

مشخصات بیمه شده

شماره پیشنهاد: [REDACTED]
نحوه پرداخت حق بیمه: سه ماهه
سپرده اولیه: ۰ ریال
مدت بیمه نامه: ۱۵ سال
مبلغ حق بیمه در شروع قرار داد: ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
افزایش سالانه حق بیمه: ۱۰ درصد
سرمایه در صورت فوت: ۱,۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
افزایش سالانه سرمایه فوت در مدت پرداخت حق بیمه: ۵ درصد
نحوه دریافت مستمری: ماهانه
مدت دریافت مستمری: مادام العمر
مدت دریافت تضمین: ۲۰ سال
افزایش سالانه مبلغ مستمری: ۵ درصد

مشخصات بیمه

* تنها در مدت پرداخت حق بیمه پوشش های تکمیلی زیر قابل ارائه می باشد:
سرمایه فوت بر اثر حادثه: ۴,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
سرمایه از کار افتادگی و نقص عضو جزئی و کلی ناشی از حادثه: ۳,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
سرمایه هزینه پزشکی ناشی از حادثه: ۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
بیمه گذار و بیمه شده یکسان:
پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه به علت از کار افتادگی کلی: ندارد
بیمه گذار و بیمه شده متفاوت:
پوشش معافیت بیمه گذار از پرداخت حق بیمه در صورت فوت: دارد
پوشش معافیت بیمه گذار از پرداخت حق بیمه در صورت از کار افتادگی: دارد
سرمایه امراض خاص (سکته قلبی، سکته مغزی، جراحی قلب باز، پیوند اعضای اصلی بدن): ۴۸۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
سرمایه سرطان: ۱۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
* در زمان دریافت مستمری، در صورت تمایل اخذ پوشش زیر امکان پذیر می باشد:
سرمایه فوت به هر علت: ۰ ریال

پوشش های تکمیلی

اولویت	درصد	نسبت	کد ملی	نام پدر	نام و نام خانوادگی	مستمری
۱	۱۰۰	اصلی	[REDACTED]	نجف	[REDACTED]	مستمری
۱	۱۰۰	مادر	[REDACTED]	حیدر	[REDACTED]	مستمری در مدت تضمین شده
۱	۵۰	پدر	[REDACTED]	علی اکبر	[REDACTED]	در صورت فوت بیمه شده
۱	۵۰	مادر	[REDACTED]	حیدر	[REDACTED]	

ذینفعان مالی

\*دریافت کننده مستمری بیمه شده می باشد. تنها در صورت تضمین مدت دریافت مستمری، ذینفع مالی آن در قسمت کادر مستمری در مدت تضمین شده تعیین می شود.

ذینفع مالی بیمه نامه در زمان حیات بیمه شده، بیمه شده می باشد.



ارزیابی سلامت بیمه شده و بیمه گذار

قد بیمه شده: ۱۹۰	وزن بیمه شده: ۱۰۰	قد بیمه گذار: ۱۷۰	وزن بیمه گذار: ۷۰
۱	آیا معافیت پزشکی خدمت وظیفه دارید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید.	بیمه گذار: خیر بیمه شده: خیر	بیمه گذار: خیر بیمه شده: خیر
۲	آیا دچار نقص عضو یا از کار افتادگی می باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید.	بیمه گذار: خیر بیمه شده: خیر	بیمه گذار: خیر بیمه شده: خیر
۳	آیا از موتور سیکلت به صورت مداوم استفاده می نمایید؟	بیمه گذار: خیر بیمه شده: خیر	بیمه گذار: خیر بیمه شده: خیر
۴	آیا دارای سابقه بیماری های قلبی، دستگاه گردش خون (مانند سکت قلبی یا مغزی)، اعصاب و روان (مانند صرع یا افسردگی)، دستگاه تنفس، دستگاه گوارش، دستگاه ادراری- تناسلی، مفاصل و استخوان ها، غدد داخلی (مانند دیابت)، انواع سرطان و بیماری های خود ایمنی و یا هر نوع بیماری مزمن دیگر می باشید؟ بیمه گذار: خیر بیمه شده: خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، نام و تاریخ شروع بیماری به همراه نام و میزان داروی مصرفی را ذکر کنید. *ارائه پوشش بیمه ای برای بانوان باردار، از یک ماه پس از زایمان امکان پذیر می باشد.*	بیمه گذار: خیر بیمه شده: خیر	بیمه گذار: خیر بیمه شده: خیر
۵	آیا در بین افراد خانواده شما فردی به بیماری خاصی مبتلا است؟ در صورت مثبت بودن پاسخ نام بیماری را ذکر کنید.	بیمه گذار: خیر بیمه شده: خیر	بیمه گذار: خیر بیمه شده: خیر
۶	آیا در حال حاضر تحت نظر یا درمان پزشک می باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ علت، نام و میزان داروی مصرفی را ذکر کنید.	بیمه گذار: خیر بیمه شده: خیر	بیمه گذار: خیر بیمه شده: خیر
۷	آیا تا به حال عمل جراحی به جز موارد زیر را انجام داده اید؟ * انواع جراحی های زیبایی - * زایمان - * آپاندیس * لوزه - * واریکوسل - * هموروئید * قوز قرینه چشم ( که در حال حاضر هیچگونه مشکل بینایی به جای نگذاشته است ) * دیسک کمر ( با سابقه بیش از ۱ سال که در حال حاضر هیچگونه مشکل حرکتی به جای نگذاشته است ) * انواع شکستگی ( با سابقه بیش از ۲ سال که در حال حاضر هیچگونه مشکل حرکتی به جای نگذاشته است ) در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید. بیمه گذار: خیر بیمه شده: خیر	بیمه گذار: خیر بیمه شده: خیر	بیمه گذار: خیر بیمه شده: خیر

ارزیابی پزشکی	نظر پزشک معتمد
امضاء ارزیاب پزشک:	امضاء پزشک معتمد:

اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده) با آگاهی کامل و پذیرش شرایط و مقررات حاکم بر بیمه نامه های بیمه زندگی خاورمیانه نسبت به تکمیل پرسش های فوق اقدام نموده ایم و با امضای ذیل این برگه اعلام می نمایم که کلیه پاسخ های ارائه شده در این فرم کاملاً صحیح و مطابق واقعیت است و مطلعیم که بر اساس ماده ۱۲ قانون بیمه، هرگونه اظهار خلاف واقع یا کتمان واقعیت درباره وضع سلامت بیمه شده سبب ابطال قرارداد و سلب مزایای بیمه نامه خواهد شد. ضمناً شرکت بیمه زندگی خاورمیانه مجاز است در هر زمان که لازم بداند جهت کسب اطلاعات مورد نیاز به پزشک یا پزشکان معالج مان مراجعه نماید و هرگونه تحقیق را در خصوص سوابق پزشکی مان به عمل آورد و اینجانبان متعهد می گردیم جهت انجام معاینات و آزمایشات پزشکی همکاری لازم را به عمل آوریم.

اینجانب کارگزار/نماینده، شخصاً بیمه گذار و بیمه شده را ملاقات نموده ام و ضمن احراز هویت و ارائه اطلاعات کامل و دقیق در خصوص شرایط بیمه نامه و میزان تعهدات و ارزش بازخرید آن، صحت امضای ایشان را تایید می نمایم.

نام و امضاء مدیر فروش/مدیرارشد:

تاریخ: ۱۴۰۰/۰۶/۰۳

نام، کد و امضاء نماینده/کارگزار:

تاریخ: ۱۴۰۰/۰۶/۰۳

نام و امضاء بیمه شده:

تاریخ: ۱۴۰۰/۰۶/۰۳

نام و امضاء بیمه گذار:

تاریخ: ۱۴۰۰/۰۶/۰۳





جمهوری اسلامی ایران

سازمان ثبت احوال کشور

# گواهی وفات

نام:

نام خانوادگی:

جنسیت:

آقا

شماره ملی:

شماره شناسنامه:

تاریخ تولد:

محل صدور: ۱۳۷۸/۰۵/۱۸

حوزه:

نام پدر:

نام مادر:

وضعیت ازدواج:

شغل:

تحصیلات:

تاریخ:

۱۴۰۰/۰۶/۱۷

محل:

علت:

برخورد اجسام سخت با قفسه

شماره ثبت:

۱۸۶۹۳

محل تنظیم سند:

تاریخ ثبت:

۱۴۰۰/۰۶/۲۲

این گواهی بر حسب تقاضای

آقای خانم

فرزند:

صادر و تحویل گردید.

اداره ثبت احوال:

نام و نام خانوادگی مامور:

مشخصات متوفی

مشخصات احوال وفات

توضیحات

تحویلی گردیده

صادرکننده گواهی

۱۵۱۱۲۴ / ف ۲۴



Handwritten signatures and stamps in blue ink, including a large signature and a rectangular stamp with Persian text.