



بسمه تعالی

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه عمر و تأمین آتیه

(مکمل بازنشستگی)

نام نماینده:

کد نمایندگی:

لطفاً نسبت به تکمیل این فرم اقدام نموده و سئوالی را بدون پاسخ نگذارید. صحت پاسخ ها و کامل بودن آن ها شرط اصلی اعتبار بیمه نامه عمر و تأمین آتیه - مکمل بازنشستگی است که بر اساس این پیشنهاد صادر می شود.

۱- بیمه گذار:

نام شرکت / مؤسسه:	شماره قرارداد گروهی:	تاریخ قرارداد:
-------------------	----------------------	----------------

۲- مشخصات بیمه شده:

نام:	نام خانوادگی:	شماره شناسنامه:	کدملی:
نام پدر:	تاریخ تولد: روز:	ماه:	سال:
جنسیت: مرد <input type="checkbox"/>	زن <input type="checkbox"/>	تاهل: مجرد <input type="checkbox"/>	متاهل <input type="checkbox"/>
تعداد فرزندان: دختر پسر	محل تولد:	محل صدور:	
واحد سازمانی:	شماره پرسنلی:	شغل اصلی:	مشاغل فرعی:
تاریخ استخدام: ۱۳ / /	سابقه پرداخت حق بیمه بازنشستگی: سال	آخرین حقوق و مزایا:	ریال
از مستمری بازنشستگی استفاده می نمایند: بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	در صورت مثبت بودن، چند سال؟ به چه نحو؟ ماهانه <input type="checkbox"/>	سه ماهه <input type="checkbox"/>
شش ماهه <input type="checkbox"/>	سالانه <input type="checkbox"/>	نشانی محل سکونت:	کد پستی:
تلفن ثابت:	تلفن همراه:	نشانی الکترونیکی:	

۳- شرایط بیمه عمر و تأمین آتیه - مکمل بازنشستگی مورد تأیید بیمه گذار:

مبلغ سپرده اولیه:	ریال	پرداخت ماهانه در سال اول:	ریال	مدت بیمه:	سال
روش پرداخت حق بیمه: ماهانه <input type="checkbox"/>	سه ماهه <input type="checkbox"/>	شش ماهه <input type="checkbox"/>	سالانه <input type="checkbox"/>	مبلغ حق بیمه برحسب روش پرداخت:	ریال
ضریب سرمایه بیمه عمر در صورت فوت تا ۶۰ <input type="checkbox"/>	۱۲۰ <input type="checkbox"/>	۱۵۰ <input type="checkbox"/>	۱۸۰ <input type="checkbox"/>	۲۱۰ <input type="checkbox"/>	۲۴۰ <input type="checkbox"/>
۳۰۰ <input type="checkbox"/>	برابر حق بیمه ماهانه	افزایش سالانه حق بیمه <input type="checkbox"/>	درصد	افزایش سالانه سرمایه بیمه عمر <input type="checkbox"/>	درصد

۴- استفاده کننده از سرمایه بیمه در صورت حیات بیمه شده:

بیمه گذار	درصد	بیمه شده	درصد
-----------------	------	----------------	------

۵- استفاده کننده (گان) از سرمایه بیمه در صورت فوت بیمه شده: وراث قانونی به نسبت مساوی وراث قانونی به نسبت سهم الارث سایر نام ببرید:

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	کدملی	تاریخ تولد	نسبت استفاده کننده با بیمه شده	درصد استفاده از سرمایه
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							

فرم: ۱۸/۲۲/۱

تایخ و امضاء بیمه گذار:

تاریخ و امضاء بیمه شده: