

فرم پیشنهاد بیمه مستمری زنان خانه دار

این برگه قبل از تائید شرکت بیمه ملت و صدور بیمه نامه هیچگونه تعهدی را برای شرکت بیمه ملت ایجاد نمی کند.
از پیشنهاد دهنده تقاضا می گردد به کلیه پرسش های این پیشنهاد جواب کامل ارائه نماید و هیچ سوالی را بدون پاسخ نگذارد زیرا صحت پاسخ ها و کامل بودن آن شرط اصلی معتبر بودن قرارداد بیمه مستمری زنان خانه دار است که بر اساس این پیشنهاد صادر می گردد.

مشخصات بیمه گزار و بیمه شده

نام: نام خانوادگی: نام پدر:

کد ملی: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] شماره شناسنامه: محل صدور: محل تولد:

تاریخ تولد: روز ماه سال ۱۳..... وضعیت تاهل: مجرد متأهل

سطح تحصیلات: شماره همراه: ۰۹ پست الکترونیک: @

نشانی محل سکونت: استان شهر نشانی:

تلفن منزل (با ذکر کد شهر): کدپستی منزل: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

نوع کار شما چیست: خانه دار بازرگانی تولیدی خدماتی فرهنگی سایر

شغل اصلی خود را ذکر کنید:

مشخصات بیمه نامه

روش پرداخت حق بیمه: ماهانه سه ماهه شش ماهه سالانه

حق بیمه (به حروف) ریال به عدد ریال
میزان افزایش سالانه حق بیمه به درصد: عدم درخواست ۵٪ ۱۰٪ ۱۵٪ ۲۰٪

نوع مستمری: طرح الف (مستمری مادام العمر) طرح ب (مستمری مادام العمر با بازده اطمینان ۱۰ ساله)

مشخصات استفاده کنندگان از سرمایه بیمه نامه

ردیف	نام	نام خانوادگی	شماره شناسنامه	کد ملی	نام پدر	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد استفاده از سرمایه بیمه نامه
۱								
۲								
۳								
۴								

اینجانب (بیمه گزار و بیمه شده) امضا کننده زیر اعلام میدارم که تمامی پاسخهایی که در این پرسشنامه دادم کاملاً درست بوده و مطلع هر گونه اظهار خلاف و خودداری از واقع گویی، به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه باعث ابطال و سلب مزایای بیمه نامه خواهد گردید.
امضا و اثر انگشت بیمه گزار (بیمه شده):

نام و امضای بیمه شده /قیم قانونی تاریخ	نام و امضای بیمه گزار تاریخ	مهر و امضای نماینده / کارگزار تاریخ
---	--------------------------------	--