

کد فرم:
شماره سریال:

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 خانوادگی: نام پدر: نام: کد ملی: شماره شناسنامه: محل صدور: محل تولد: تاریخ تولد: روز: ماه: سال: وضعیت تاهل: مجرد متأهل سطح تحصیلات: شماره همراه: پست الکترونیک: نشانی: شهر: استان: محل سکونت: نشانی منزل (با ذکر کد شهر): کد پستی 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 سالیانه حق بیمه: عدم درخواست ۵٪ ۱۰٪ ۱۵٪ ۲۰٪ ۲۵٪ ۳۰٪ ۳۵٪ ۴۰٪ نوع مستمری: طرح الف (مستمری مادام العمر) طرح ب (مستمری مادام العمر با بازده اطمینان ۱۰ ساله)

مشخصات استفاده کنندگان از سرمایه بیمه نامه

در صورت فوت فرد بیمه شده	ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	کد ملی	نام پدر	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد استفاده از سرمایه بیمه نامه	اولویت
در دوران پرداخت حق بیمه	۱								
	۲								
در دوران دریافت مستمری	۱								
	۲								

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 گزار و بیمه شده
تاریخ

مهر و امضای نماینده / کارگزار
تاریخ

مهر و امضای کارشناس فروش
تاریخ

این بیمه نامه قابل ارائه به تمامی بانوان (شاغل و غیر شاغل) می باشد.