

## پیشنهاد صدور بیمه مستمري مانا

متقاضی گرامی، خواهشمند است به کلیه پرسش های مندرج در این فرم با دقت و صداقت پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. در صورت صدور بیمه نامه، شرط اصلی اعتبار آن صحت اطلاعات مندرج در این فرم و پاسخ های شما بوده و به آن استناد خواهد شد. ضمناً تکمیل این فرم هیچ تعهدی را برای بیمه گر ایجاد نمی کند. فرم پیشنهاد می بایست بدون هرگونه خط خوردگی، لاک گرفتگی، خراشیدگی، دوباره نویسی و یا محو شدن تکمیل شده باشد.

شماره پیشنهاد:	نام و کد شعبه:	نام و کد نماینده / کارگزار:	تاریخ درخواست:
بیمه گذار (حداقل سن ۱۸ سال)	نام و نام خانوادگی: _____ نام پدر: _____ شماره شناسنامه: _____ کد ملی: _____	نام و نام خانوادگی: _____ نام پدر: _____ شماره شناسنامه: _____ کد ملی: _____	تاریخ تولد: _____ محل صدور: _____ جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> وضعیت تاهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> شغل اصلی: _____ شغل فرعی: _____ شماره تلفن همراه (الزامی): _____ میزان تحصیلات: _____ (توجه: عناوین عام شغلی مانند: آزاد، کارمند، کارگر، عنوان رشته تحصیلی، ... مورد قبول نمی باشد.)
	نشانی قانونی: استان: _____ شهر: _____ کدپستی: _____ شماره تلفن: _____ کد: _____ نشانی پست الکترونیک: _____ @	نشانی قانونی: استان: _____ شهر: _____ کدپستی: _____ شماره تلفن: _____ کد: _____ نشانی پست الکترونیک: _____ @	نشانی قانونی: استان: _____ شهر: _____ کدپستی: _____ شماره تلفن: _____ کد: _____ نشانی پست الکترونیک: _____ @
بیمه شده	خود شخص بیمه گذار <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نسبت با بیمه گذار: _____ (در صورت یکسان بودن بیمه گذار و بیمه شده نیاز به تکمیل این قسمت نمی باشد)	نام و نام خانوادگی: _____ نام پدر: _____ شماره شناسنامه: _____ کد ملی: _____	تاریخ تولد: _____ محل صدور: _____ جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> وضعیت تاهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> شغل اصلی: _____ شغل فرعی: _____ شماره تلفن همراه (الزامی): _____ میزان تحصیلات: _____ (توجه: عناوین عام شغلی مانند: آزاد، کارمند، کارگر، عنوان رشته تحصیلی، ... مورد قبول نمی باشد.)
	نشانی قانونی: استان: _____ شهر: _____ کدپستی: _____ شماره تلفن: _____ کد: _____ نشانی پست الکترونیک: _____ @	نشانی قانونی: استان: _____ شهر: _____ کدپستی: _____ شماره تلفن: _____ کد: _____ نشانی پست الکترونیک: _____ @	نشانی قانونی: استان: _____ شهر: _____ کدپستی: _____ شماره تلفن: _____ کد: _____ نشانی پست الکترونیک: _____ @
مشخصات بیمه نامه	مبلغ مستمري درخواستی سالانه: _____ ریال	نوع دریافت مستمري: ماهانه <input type="checkbox"/> دوماهه <input type="checkbox"/> سه ماهه <input type="checkbox"/> شش ماهه <input type="checkbox"/> سالانه <input type="checkbox"/>	مدت دریافت مستمري: <input type="checkbox"/> مدت معین (به شرط حیات) <input type="checkbox"/> مادام العمر <input type="checkbox"/>
	ضریب افزایش سالانه مستمري: %۰ <input type="checkbox"/> %۵ <input type="checkbox"/> %۱۰ <input type="checkbox"/>	ضریب افزایش سالانه مستمري: %۰ <input type="checkbox"/> %۵ <input type="checkbox"/> %۱۰ <input type="checkbox"/>	ضریب افزایش سالانه مستمري: %۰ <input type="checkbox"/> %۵ <input type="checkbox"/> %۱۰ <input type="checkbox"/>
دریافت کننده مستمري	دریافت کننده مستمري	نام بانک	شماره حساب
	بیمه گذار <input type="checkbox"/> بیمه شده <input type="checkbox"/>	_____	_____
تأیید بیمه گذار و بیمه شده	<b>توجه: مستمري صرفاً به حساب شخص انتخاب شده (بیمه گذار / بیمه شده) واریز می گردد.</b>		
	اینجانب / اینجانبان با توجه به قانون مبارزه با پولشویی مصوب دوم بهمن ماه ۱۳۸۶ مجلس شورای اسلامی و آیین نامه و دستورالعمل های اجرایی آن متعهد و ملزم به رعایت مواد قانون یادشده و مقررات مربوطه می گردیم. همچنین بعنوان متقاضی (بیمه گذار و بیمه شده) کلیه مفاد و شرایط عمومی بیمه نامه را مطالعه نموده و به کلیه سوالات با صداقت پاسخ داده و اطلاع داریم که هرگونه اظهار خلاف واقع به موجب قانون باعث ابطال قرارداد شده و ضمن اطلاع کامل از حدود تعهدات خود و بیمه گر و نیز ارزش بازخرید بیمه نامه تقاضای صدور آن را داریم.		
نماینده	نام و نام خانوادگی بیمه گذار: _____ تاریخ و امضاء: _____	نام و نام خانوادگی بیمه شده: _____ تاریخ و امضاء: _____	نام و نام خانوادگی نماینده: _____ تاریخ و امضاء: _____
	نام و نام خانوادگی نماینده: _____ تاریخ و امضاء: _____	نام و نام خانوادگی نماینده: _____ تاریخ و امضاء: _____	نام و نام خانوادگی نماینده: _____ تاریخ و امضاء: _____
مستول صدور	تاریخ / مهر و امضاء کارشناس / واحد صدور: _____		
	<b>توجه: متقاضی گرامی، ضمن تشکر از انتخاب شرکت بیمه دی، در صورت پذیرش درخواست شما و تخصیص شناسه واریز بانکی و واریز حق بیمه به حساب شرکت بیمه دی از ساعت ۲۴ روز واریز بیمه نامه شما به استناد فیش نقدی واریز معتبر بوده و شما به خانواده بزرگ بیمه گذاران عمر بیمه دی خواهید پیوست.</b>		