







شماره بیمه نامه:	تاریخ صدور:	۱۳۹۸/۱۲/۱۴	واحد صدور:	مرکزی
مدت پرداخت حق بیمه:	تاریخ شروع قرارداد:	۱۳۹۸/۱۲/۱۴	تاریخ اتمام قرارداد:	۱۴۱۵/۱۲/۱۴
نحوه پرداخت حق بیمه:	درصد افزایش سالانه حق بیمه:	۲۰	درصد افزایش سالانه سرمایه فوت:	۵
مدت دریافت مستمري:	مدت تضمین:	۱۰ سال		
نحوه دریافت مستمري:	درصد افزایش سالانه مبلغ مستمري:	۵ درصد		
کد و نام نماینده / کارگزار:	کد و نام نماینده فروش:			

شرکت بیمه زندگی خاور میانه بر اساس پیشنهاد شماره ۳۹۳۷۴۷ مورخ ۱۳۹۸/۱۲/۱۱ 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:	۱۶۸۳۸۰۴	نام پدر:	
تاریخ تولد:	شماره ملی:	۱۳۴۵/۱۰/۲۰	کد اقتصادی:	***
آدرس:	تلفن همراه:		تلفن ثابت:	
کد پستی:				

شماره مشتری:	نام و نام خانوادگی:		نام پدر:	عباس
تاریخ تولد:	شماره ملی:	۱۳۴۵/۱۰/۲۰		
آدرس:	تلفن همراه:		تلفن ثابت:	
کد پستی:				

سرمایه فوت به هر علت سال اول	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	حق بیمه فوت به هر علت با هزینه ها سال اول	۶۲۶۲,۹۳۳ ریال
سرمایه فوت بر اثر حادثه سال اول	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	حق بیمه فوت بر اثر حادثه سال اول	۱۰۵,۰۰۰ ریال
سرمایه نقص عضو و از کار افتادگی بر اثر حادثه سال اول	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	حق بیمه نقص عضو و از کار افتادگی بر اثر حادثه سال اول	۴۵,۰۰۰ ریال
سرمایه هزینه پزشکی ناشی از حادثه	۴۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	حق بیمه هزینه پزشکی ناشی از حادثه	۴۴۰,۰۰۰ ریال
سرمایه بیماریهای خاص سال اول	۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	حق بیمه هزینه بیماریهای خاص سال اول	۳۳۶,۰۰۰ ریال
سرمایه سرطان سال اول	۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	حق بیمه سرطان سال اول	۳۳۶,۰۰۰ ریال
معافیت از پرداخت حق بیمه	ندارد	حق بیمه معافیت از پرداخت حق بیمه	۰ ریال

حق بیمه	۳۵,۳۲۲,۷۵۷ ریال
مالیات بر ارزش افزوده:	۴۵۱,۴۹۵ ریال
عوارض شهرداری:	۲۲۵,۷۴۸ ریال
جمع کل پرداخت شده:	۳۶,۰۰۰,۰۰۰ ریال

سی و شش میلیون ریال (به حروف):

اولویت	درصد	نسبت	کد ملی	نام پدر	نام و نام خانوادگی	نوع بیمه
۱	۱۰۰	اصلی				مستمري
۱	۱۰۰	فرزند				مستمري در مدت تضمین شده
۱	۱۰۰	فرزند				در صورت فوت بیمه شده
۲	۱۰۰	فرزند				
۳	۱۰۰	همسر				

دفع مالی بیمه نامه در زمان حیات بیمه شده شخص بیمه شده می باشد.

شرایط عمومی  
شرایط خصوصی  
حدول اندوخته بیمه نامه

مهر و امضا واحد صدور: \_\_\_\_\_

مهر و امضا مدیریت فنی: \_\_\_\_\_

گواهی وفات

نام خانوادگی: [REDACTED]		نام: [REDACTED]		مشخصات متوفی
شماره شناسنامه: [REDACTED]	شماره ملی: [REDACTED]	جنسیت: آقا		
حوزه: [REDACTED]	محل صدور: [REDACTED]	تاریخ تولد: ۱۳۳۵/۱۰/۲۰		
نام مادر: [REDACTED]		نام پدر: [REDACTED]		
تحصیلات: [REDACTED]	شغل: پزشک	وضعیت ازدواج: [REDACTED]		مشخصات واقعه وفات
محل: [REDACTED]	تاریخ: ۱۳۹۹/۰۱/۲۵			
شماره ثبت: [REDACTED]	علت: بیماری های دستگاه تنفسی			
تاریخ ثبت: [REDACTED]	محل تنظیم سند: [REDACTED]			
توضیحات				
فرزند: [REDACTED]		این گواهی بر حسب تقاضای آقای [REDACTED] صادر و تحویل گردید.		تحویل گیرنده
امضاء، تاریخ و مهر: [REDACTED]		اداره ثبت احوال: [REDACTED]		صادر کننده گواهی
		نام و نام خانوادگی مامور: [REDACTED]		