



فرم درخواست بیمه نامه عمر و تأمین آتیه _ مستمری

شرکت بیمه پاسارگاد :

مشخصات بیمه گذار:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه:
محل صدور: محل تولد: کدملی: نسبت با بیمه شده:

پرسش های مربوط به دوره دوم بیمه نامه (پرداخت مستمری):

اینجانب بیمه گذار بیمه نامه با مشخصات فوق درخواست خود را برای برقراری مستمری ماهانه به مدت سال (حداکثر تا سن ۸۰ سالگی بیمه شده) با شرایط ذیل اعلام می نمایم:

سرمایه فوت بیمه شده در دوران پرداخت مستمری: ۱۰ ۲۰ ۴۰ ۶۰ ۸۰ ۱۰۰ درصد سرمایه سال آخر دوره اول بیمه نامه (دوره تشکیل سرمایه)
ضریب افزایش سالانه مستمری: (ثابت) ۵٪ ۱۰٪ ۱۵٪ ۲۰٪ نسبت به سال قبل تا پایان دوره دوم بیمه نامه (پرداخت مستمری)

تاریخ:/...../..... نام و امضاء بیمه شده :

تاریخ:/...../..... نام و امضاء بیمه گذار :

تاریخ:/...../..... نام و کدملی، کد و امضاء نماینده فروش:

تاریخ:/...../..... مهر و امضاء نماینده/مدیر ارشد/مدیر فروش :

توجه: این فرم صرفاً جهت ضمیمه نمودن به فرم پرسش نامه و پیشنهاد بیمه نامه عمر و تأمین آتیه _ انفرادی طراحی شده و در صورت عدم درخواست مستمری در پایان سررسید دوره اول بیمه نامه (دوره تشکیل سرمایه) نیازی به تکمیل آن نمی باشد. لازم به ذکر است سایر شرایط بیمه نامه همانند فرم پرسش نامه و پیشنهاد تکمیل شده خواهد بود.