

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه دندانپزشکی انفرادی

مشخصات پیشنهاد دهنده:

نام و نام خانوادگی: شماره شناسنامه: کد ملی: محل صدور:
 آدرس کامل: شماره تماس:
 شماره تلفن همراه: مدت درخواستی بیمه نامه: ۱ سال ۲ سال ۳ سال

مشخصات متقاضی بیمه:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: محل صدور: تاریخ تولد:/...../۱۳.....
 شماره شناسنامه: شماره کد ملی: شماره تلفن همراه:
 نشانی کامل محل سکونت: شماره تلفن:

متقاضی محترم لطفاً به سؤالات ذیل با دقت و با رعایت اصل حسن نیت پاسخ دهید:

- ۱- آیا در حال حاضر درد یا ناراحتی در دهان و دندان‌ها احساس می‌کنید؟
 بله خیر
 لطفاً توضیح فرمایید:
- ۲- آیا تا به حال جراحی فک و دهان انجام داده‌اید؟ ایمپلنت/کشیدن دندان/جراحی لثه/جراحی فک
 در صورت جراحی ایمپلنت تعداد، زمان جراحی را بیان فرمایید:
 بله خیر
- ۳- آیا در حال حاضر دخانیات (سیگار/قلیان) مصرف می‌کنید؟
 بله خیر
 لطفاً میزان آنرا در طول یک روز بیان فرمایید:
- ۴- هفته‌ای چند لیوان نوشیدنی غیر الکی مصرف می‌کنید؟ ۱ بار ۳ بار ۷ بار
 بله خیر
- ۵- آیا دندان قروچه دارید؟
 بله خیر
- ۶- آیا در زمان مسواک زدن خونریزی لثه دارید؟
 بله خیر
- ۷- آیا نخ دندان استفاده می‌کنید؟
 بله خیر تعداد استفاده در روز را بیان فرمایید:
- ۸- آیا در حال حاضر به بیماری خاصی بشرح ذیل مبتلا هستید؟ لطفاً موارد را مشخص فرمایید:
 دیابت بیماری‌های معده سینوزیت پوکی استخوان صرع شیمی درمانی رادیوتراپی
 ناتوانی در کنترل دست‌ها استفاده از کورتون
- ۹- آیا تا به حال خدمات دندانپزشکی زیبایی داشته‌اید، بله خیر نوع خدمات و زمان آن را بفرمایید.
- ۱۰- آیا داروی خاصی مصرف می‌کنید؟ بله خیر نوع و میزان آن را بیان فرمایید:
- ۱۱- آیا دارای بوی بد دهان هستید؟ بله خیر
- ۱۲- آیا در حال حاضر دارای پوشش بیمه دندانپزشکی از سایر شرکتهای بیمه هستید؟ بله خیر لطفاً نام شرکت بیمه و میزان تعهد آنرا بیان فرمایید:

تعهد درخواستی و فرانشیز:

میزان تعهد درخواستی در طول مدت بیمه مبلغ ۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال فرانشیز دندان‌های سالم ۱۰٪

تعهدات بیمه‌گر برای دندان‌های سالم است که در زمان صدور بیمه نامه سالم بوده و فاقد هر گونه بیماری یا آسیب ناشی از حادثه باشد. بدیهی است بیمه‌گر تعهدی برای جبران خسارت دندان‌های ناسالم و خراب و یا حادثه دیده قبل از تاریخ صدور این بیمه نامه ندارد.

اینجانب ضمن تکمیل فرم فوق تصدیق می‌نمایم که به کلیه پرسشهای مطروحه با صداقت و به نحو کامل پاسخ داده و چون این پیشنهاد جزء لاینکف بیمه دندانپزشکی میباشد بنابراین در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه‌گر میتواند نسبت به لغو بیمه نامه و یا عدم پرداخت خسارت اقدام نماید و متعهد می‌شوم حق بیمه، بیمه نامه را که طبق اظهارات اینجانب در فرم فوق صادر شده و مورد قبول اینجانب است را بلافاصله پرداخت نمایم.

تاریخ و امضاء (پیشنهاد دهنده) متقاضی بیمه:

تاریخ و امضاء و شعبه/نماینده/کارگزار:

شایان ذکر است برای ترمیم دندان‌های ناسالم قبل از پوشش بیمه‌ای می‌توانید از مراکز درمانی معرفی شده با ۵۰ درصد تعرفه‌های وزارت بهداشت که بعهدہ بیمه گذار (متقاضی خرید بیمه نامه) است بهره‌مند شوید.

دفتر مرکزی "شرکت بیمه سرمد"-تهران. خیابان آفریقا. تقاطع خیابان اسفندیار. نبش خیابان آرش غربی. پلاک ۱۱۳. طبقه اول

مرکز تماس- ۴۳۹۶۳ - info@sarmadins.ir ، www.sarmadins.ir