

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 دندان ها احساس می کنید ؟ بلی خیر
- لطفاً توضیح فرمایید :
- ۲- آیا تا به حال جراحی فک و دهان انجام داده اید ؟ ایمپلنت/کشیدن دندان/جراحی لثه /جراحی فک بلی خیر
- در صورت جراحی ایمپلنت تعداد ، زمان جراحی را بیان فرمایید :
- ۳- آیا در حال حاضر دخانیات (سیگار/قلیان) مصرف میکنید ؟ بلی خیر
- لطفاً میزان آنرا در طول یک روز بیان فرمایید :
- ۴- هفته ای چند لیوان نوشیدنی غیر الکی مصرف میکنید ؟ ۱ بار ۳ بار ۷ بار
- ۵- آیا دندان قروچه دارید ؟ بلی خیر
- ۶- آیا در زمان مسواک زدن خونریزی لثه دارید ؟ بلی خیر
- ۷- آیا نخ دندان استفاده می کنید ؟ بلی 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 بیماری های معده سینوزیت پوکی استخوان صرع شیمی درمانی رادیوتراپی
 ناتوانی در کنترل دست ها استفاده از کورتون
- ۹- آیا تا به حال خدمات دندانپزشکی زیبایی داشته اید ، بلی خیر نوع خدمات و زمان آن را فرمایید.
- ۱۰- آیا داروی خاصی مصرف می کنید ؟ بلی خیر نوع و میزان آن را بیان فرمایید:
- ۱۱- آیا دارای بوی بد دهان هستید ؟ بلی خیر
- ۱۲- آیا در حال حاضر دارای پوشش بیمه دندانپزشکی از سایر شرکتهای بیمه هستید ؟ بلی 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 دندان های سالم ۱۰٪
 تعهدات بیمه گر برای دندان های سالم است که در زمان صدور بیمه نامه سالم بوده و فاقد هر گونه بیماری یا آسیب ناشی از حادثه باشد. بدیهی است بیمه گر تعهدی برای جبران خسارت دندان های ناسالم و خراب و یا حادثه دیده قبل از تاریخ صدور این بیمه نامه ندارد.

اینجانب ضمن تکمیل فرم فوق تصدیق می نمایم 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 ، بیمه گر میتواند نسبت به لغو بیمه نامه و یا عدم پرداخت خسارت اقدام نماید و متعهد می شوم 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 دندان های ناسالم قبل از پوشش بیمه ای می توانید از مراکز درمانی معرفی شده با ۵۰ درصد تعرفه های وزارت بهداشت که بعهدده بیمه گذار (متقاضی خرید بیمه نامه) است بهره مند شوید .

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

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