

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؟ بلی خیر
 لطفاً توضیح فرمایید:
- ۲- آیا تا به حال جراحی فک و دهان انجام داده‌اید؟ 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- هفته‌ای چند لیوان نوشیدنی غیر الکی مصرف می‌کنید؟ ۱ بار ۳ بار ۷ بار
 لطفاً میزان آنرا در طول یک روز بیان فرمایید:
- ۵- آیا دندان قروچه دارید؟ بلی خیر
 آیا در زمان مسواک زدن خونریزی لثه دارید؟ بلی خیر
- ۶- آیا نخ دندان استفاده می‌کنید؟ بلی خیر
 تعداد استفاده در روز را بیان فرمایید:
- ۷- آیا در حال حاضر به بیماری خاصی بشرح ذیل مبتلا هستید؟ لطفاً موارد را مشخص فرمایید:
 دیابت بیماری‌های معده ینوزیت پوکی استخوان صرع شیمی درمانی رادیوتراپی
 ناتوانی در کنترل دست‌ها استفاده از کورتون
- ۸- آیا تا به حال خدمات دندانپزشکی زیبایی داشته‌اید؟ بلی خیر
 نوع خدمات و زمان آن را بیان فرمایید:
- ۹- آیا داروی خاصی مصرف می‌کنید؟ بلی خیر
 نوع و میزان آن را بیان فرمایید:
- ۱۰- آیا دارای بوی بد دهان هستید؟ بلی خیر
- ۱۱- آیا در حال حاضر تحت درمان ارتودنسی 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 طرح شماره: با فرانشیز دندان‌های سالم: در صد

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.

توجه: بیمه شده گرامی، اجرائی شدن تعهدات بیمه‌گر، پس از صدور بیمه نامه با مراجعه بیمه شده به مراکز معرفی شده طرف قرارداد حداکثر تا ۳ ماه بعد از تاریخ شروع بیمه نامه جهت معاینه و طرح درمان و شناسایی و تفکیک دندان‌های سالم و ناسالم می‌باشد. بدیهی است پوشش بیمه نامه فوق پس از انجام معاینه و طرح درمان توسط مراکز طرف قرارداد و شناسایی دندان‌های سالم و ناسالم دارای اعتبار خواهد بود.

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:

دفتر مرکزی "شرکت بیمه سرمد" - تهران، میدان آرژانتین، خیابان وزرا، خیابان هفتم (بهمن کشاورز)، پلاک ۳

مرکز تماس - ۱۵۱۶ ، www.sarmadins.ir ، info@sarmadins.ir

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه دندانپزشکی انفرادی

جدول حق بیمه و طرح های دندانپزشکی انفرادی (دندان های سالم)

شماره طرح	سرمایه بیمه (ریال)	مدت بیمه نامه به سال	فرانشیز	حق بیمه یکجا (ریال)
۱	۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱	۱۰	۳۵.۰۰۰.۰۰۰
۲	۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۲	۱۰	۴۳.۰۰۰.۰۰۰
۳	۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۳	۱۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰
شماره طرح	سرمایه بیمه (ریال)	مدت بیمه نامه به سال	فرانشیز	حق بیمه یکجا (ریال)
۴	۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱	۳۰	۳۲.۰۰۰.۰۰۰
۵	۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۲	۳۰	۳۶.۰۰۰.۰۰۰
۶	۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۳	۳۰	۴۰.۰۰۰.۰۰۰
شماره طرح	سرمایه بیمه (ریال)	مدت بیمه نامه به سال	فرانشیز	حق بیمه یکجا (ریال)
۷	۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱	۱۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰
۸	۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۲	۱۰	۳۵.۰۰۰.۰۰۰
۹	۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۳	۱۰	۴۰.۰۰۰.۰۰۰
شماره طرح	سرمایه بیمه (ریال)	مدت بیمه نامه به سال	فرانشیز	حق بیمه یکجا (ریال)
۱۰	۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱	۳۰	۲۵.۰۰۰.۰۰۰
۱۱	۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۲	۳۰	۲۹.۰۰۰.۰۰۰
۱۲	۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۳	۳۰	۳۵.۰۰۰.۰۰۰
شماره طرح	سرمایه بیمه (ریال)	مدت بیمه نامه به سال	فرانشیز	حق بیمه یکجا (ریال)
۱۳	۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱	۱۰	۲۵.۰۰۰.۰۰۰
۱۴	۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۲	۱۰	۲۸.۰۰۰.۰۰۰
۱۵	۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۳	۱۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰
شماره طرح	سرمایه بیمه (ریال)	مدت بیمه نامه به سال	فرانشیز	حق بیمه یکجا (ریال)
۱۶	۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱	۳۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۷	۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۲	۳۰	۲۳.۰۰۰.۰۰۰
۱۸	۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۳	۳۰	۲۶.۰۰۰.۰۰۰
شماره طرح	سرمایه بیمه (ریال)	مدت بیمه نامه به سال	فرانشیز	حق بیمه یکجا (ریال)
۱۹	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱	۱۰	۱۶.۰۰۰.۰۰۰
۲۰	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۲	۱۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰
۲۱	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۳	۱۰	۲۵.۰۰۰.۰۰۰
شماره طرح	سرمایه بیمه (ریال)	مدت بیمه نامه به سال	فرانشیز	حق بیمه یکجا (ریال)
۲۲	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱	۳۰	۱۵.۰۰۰.۰۰۰
۲۳	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۲	۳۰	۱۸.۰۰۰.۰۰۰
۲۴	۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۳	۳۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰

تاریخ و امضاء و شعبه / نماینده / کارگزار

تاریخ و امضاء (پیشنهاد دهنده) متقاضی بیمه: