

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 به بیماری خاصی از دهان و دندان مبتلا هستید؟ خیر بله
 لطفاً توضیح فرمایید:
- ۲- آیا تا به حال عمل جراحی در خصوص دهان و دندان انجام داده اید؟ خیر بله
 لطفاً توضیح فرمایید:
- ۳- آیا در حال حاضر دخانیات مصرف میکنید؟ خیر بله
 لطفاً میزان آنرا در طول یک روز بیان فرمایید:
- ۴- آیا در حال حاضر مشروبات الکلی مصرف میکنید؟ خیر بله
 لطفاً میزان آنرا در طول یک روز بیان فرمایید:
- ۵- آیا در حال حاضر به بیماری خاصی بشرح ذیل مبتلا هستید؟ لطفاً موارد را مشخص فرمایید:
 قلبی عروقی بیماریهای تنفسی بیماریهای خونی تالاسمی هیپاتیت صرع
 بیماریهای عفونی سایر:
- ۶- آیا دندان قروچه دارید؟ خیر بله
- ۷- آیا در حال حاضر دارای پوشش بیمه دندانپزشکی از سایر شرکتهای بیمه هستید؟ خیر بله
 لطفاً نام شرکت بیمه و میزان تعهد آنرا بیان فرمایید:

تعهد درخواستی:

میزان تعهد درخواستی به مبلغ ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال حداکثر ۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال در طول مدت پوشش بیمه ای

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 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: