



پیشنهاد و پرسشنامه بیمه انفرادی تضمین ایمپلنت دندان

مشخصات پیشنهاد دهنده:

نام و نام خانوادگی: شماره شناسنامه: کد ملی: محل صدور:
 آدرس کامل: شماره تماس:
 شماره تلفن همراه: مدت بیمه نامه: ۵ 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 پوکی استخوان هیپاتیت دیابت
 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 در طول مدت پوشش بیمه ای

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 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: