

Zahnfragebogen

Wenn Sie dieses Formular in ausgedruckter Form ausfüllen, **FÜLLEN SIE ES BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUS.**

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

1. Werden zurzeit Zahnersatzmaßnahmen (Brückenglieder, Kronen, Inlays, Onlays, Implantate etc.) durchgeführt bzw. werden Maßnahmen angeraten? Ja Nein

Wenn ja, geben Sie bitte Einzelheiten an

Voraussichtliche Kosten (einschl. Währung)

Bitte legen Sie einen Behandlungs-/Kostenplan bei.

2. Leiden Sie unter Parodontitis (erhebliche Erkrankung des Zahnfleisches oder der zahnstützenden Strukturen)? Ja Nein

Wenn ja, geben Sie bitte Einzelheiten an

Einzelheiten zu laufenden Behandlungen

Einzelheiten zu geplanten Behandlungen

Voraussichtliche Kosten (einschl. Währung)

Bitte legen Sie einen Behandlungs-/Kostenplan bei.

3. Zahnschema

Bitte geben Sie den Zustand des Gebisses im unten angegebenen Zahnschema an. Als Hilfestellung: Der erste obere Schneidezahn in der linken Hälfte Ihres Kiefers hat die Nummer 21; Nummer 22 ist der Zahn links daneben.

Abkürzungen

Befund:	Geplante Behandlung:		
m = fehlender Zahn	b = Brücke	I = Implantat	B = Brücke
g = Lückenschluss	i = Implantat	C = Krone	S = Stützelement (Geschiebe, Riegel)
c = Krone	in = Inlay (Einlagefüllung)	T = Teleskopkrone	IN = Inlay (Einlagefüllung)
f = Füllung	on = Onlay (Teilkrone)	ON = Onlay (Teilkrone)	M = Metallkeramikkrone

	Rechts								Links								
Behandlungsdatum (MM/JJ)																	Behandlungsdatum (MM/JJ)
Geplante Behandlung																	Geplante Behandlung
Befund																	Befund
Oberkiefer	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	Oberkiefer
Unterkiefer	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Unterkiefer
Befund																	Befund
Geplante Behandlung																	Geplante Behandlung
Behandlungsdatum (MM/JJ)																	Behandlungsdatum (MM/JJ)

Beispiel:
 Wenn Sie bereits eine Krone auf einem Zahn haben, müssen Sie ein "c" in der Zeile "Befund" über bzw. unter der Nummer des betroffenen Zahns eintragen.
 Wenn ein Implantat eingesetzt werden soll, muss ein "I" für den betroffenen Zahn in der Zeile "Geplante Behandlung" eingetragen werden.

Ihre persönlichen Daten

Unser Datenschutzhinweis erklärt, wie wir Ihre Privatsphäre schützen. Dies ist eine wichtige Information, die erklärt, wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden. Sie sollten diese Information lesen, bevor Sie Ihre persönlichen Daten an uns übermitteln. Um unseren Datenschutzhinweis zu lesen, gehen Sie auf: www.allianzcare.com/de/datenschutz.html


Alternativ können Sie uns auch unter der Telefonnummer + 353 1 630 1302 anrufen und eine Kopie unseres Datenschutzhinweises anfragen. Falls Sie Fragen dazu haben, wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden, können Sie uns auch gerne per E-Mail kontaktieren: AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com

Erklärung

Bitte lesen Sie die folgenden Erklärungen sorgfältig durch und unterschreiben Sie nur, wenn Sie die Punkte verstehen und akzeptieren:

- (a) Ich erkläre, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind, einschließlich aller Informationen, die nicht von mir persönlich eingetragen wurden. Ich habe keine wesentlichen Fakten weggelassen, verfälscht oder unrichtig dargestellt. Ich erkenne diesen Antrag als Grundlage für den Vertrag zwischen mir und Allianz Care an. Mir ist bekannt, dass die Versicherung für nichtig erklärt werden kann, wenn ich falsche, inkorrekte oder irreführende Angaben mache oder wissentlich wesentliche medizinische Angaben verschweige.
- (b) Ich verpflichte mich, Allianz Care sofort schriftlich darüber zu informieren, falls sich zwischen dem Ausfüllen dieses Fragebogens und dem Beginndatum meiner Police an meinem Gesundheitszustand oder dem meiner Angehörigen etwas ändert.
- (c) Ich stimme zu, auf alle Rechte hinsichtlich medizinischer/ärztlicher Schweigepflicht in Bezug auf meine medizinischen Daten im Zusammenhang mit dem Antrag auf diesen Versicherungsschutz zu verzichten. Mir ist bekannt, dass Allianz Care (soweit hierzu Anlass besteht) Angaben über meinen Gesundheitszustand und bei anderen Krankenversicherern auch Angaben über von mir frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge überprüfen kann.
- (d) Vorbehaltlich gesetzlicher Beschränkungen kann Allianz Care (oder deren medizinische Berater, ernannte Vertreter oder andere Experten im Falle von Streitigkeiten) medizinische Informationen von medizinischem Fachpersonal über mich anfordern. Unter diesen Umständen bevollmächtige ich Ärzte, Zahnärzte sowie Mitarbeiter medizinischer Einrichtungen und Gesundheitsbehörden, alle relevanten medizinischen Daten und Informationen im Zusammenhang mit meiner Person auf Anfrage an Allianz Care weiterzugeben. Diese Erklärung gebe ich auch für meine Angehörigen ab, die jünger als 18 Jahre sind oder die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Diese Erklärung und dieser Fragebogen müssen von derjenigen Person unterschrieben und datiert werden, deren Zustand der Zähne oben angegeben ist. Wenn es sich bei dem Antragsteller um eine minderjährige Person handelt, muss dieser Abschnitt von einem Elternteil oder dem Vormund unterzeichnet werden.

 Unterschrift	Datum	<input type="text" value="T"/>	<input type="text" value="T"/>	/	<input type="text" value="M"/>	<input type="text" value="M"/>	/	<input type="text" value="J"/>	<input type="text" value="J"/>	<input type="text" value="J"/>	<input type="text" value="J"/>
Name in Druckbuchstaben	<input type="text"/>										

Bitte schicken Sie den vollständig ausgefüllten Fragebogen per:

E-Mail an: underwriting@e.allianz.com

Post an: Underwriting Team
Allianz Partners
15 Joyce Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublin 12
Irland

Falls Sie Fragen zu diesem Zahnfragebogen haben, können Sie sich gerne an unsere Helpline + 353 1 630 1302 wenden oder eine E-Mail an underwriting@e.allianz.com senden.