

CUESTIONARIO DE SALUD DENTAL

Por favor, complete el formulario en letras mayúsculas

Nombre

Apellido(s)

Fecha de nacimiento D D / M M / A A A A

1. ¿Le están realizando o le han aconsejado realizar algún puente, corona, empaste, funda, implante, etc.? Sí No

Si ha contestado "Sí", por favor indique más información

¿Cuál es el coste previsto? (incluya la divisa)

Por favor, adjunte el presupuesto/plan de tratamiento.

2. ¿Sufre de periodontitis (enfermedad que afecta a las encías y al soporte óseo de los dientes)? Sí No

Si ha contestado "Sí", por favor indique más información

Información acerca del tratamiento en curso

Información acerca del tratamiento planeado

¿Cuál es el coste previsto? (incluya la divisa)

Por favor, adjunte el presupuesto/plan de tratamiento.

Cumplimente la carta dental usando las abreviaturas abajo indicadas. Considere que el primer incisivo de la mandíbula superior izquierda corresponde al número 21, el segundo incisivo (que sigue a la izquierda del primero) corresponde al número 22, etc.

Abreviaturas

Estado actual:

m = diente perdido/que falta b = puente
 g = cierre de diastema i = implante
 c = corona in = empaste
 f = tapadura on = funda

Tipo de tratamiento planeado:

I = implante B = puente
 C = corona S = elemento artificial de soporte
 T = corona telescópica IN = empaste
 ON = funda M = corona de metal porcelana

Carta dental																		
Derecha									Izquierda									
Fecha del tratamiento (MM/AA)																		Fecha del tratamiento (MM/AA)
Tipo de tratamiento planeado																		Tipo de tratamiento planeado
Estado actual																		Estado actual
Mandíbula superior	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	Mandíbula superior	
Mandíbula inferior	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Mandíbula inferior	
Estado actual																	Estado actual	
Tipo de tratamiento planeado																	Tipo de tratamiento planeado	
Fecha del tratamiento (MM/AA)																	Fecha del tratamiento (MM/AA)	

Ejemplo para cumplimentar la tabla:

Si, por ejemplo, ya tiene una corona en un diente, debe escribir "c" en la línea "Estado actual", en la casilla correspondiente al número del diente con la corona. Si, por ejemplo, ha planeado hacerse un implante, tiene que escribir "I" en la línea "Tipo de tratamiento planeado", en la casilla correspondiente al diente en el que va a realizarse el implante.

NOS IMPORTA LA PROTECCIÓN DE SUS DATOS PERSONALES

Nuestro aviso sobre protección de datos explica cómo protegemos su privacidad. Es un aviso importante que describe cómo tramitaremos su información personal y que debería leer antes de enviarnos datos personales. Para leer nuestro aviso sobre privacidad visite www.allianzworldwidecare.com/es/privacidad

También puede llamarnos al número **+353 1 630 1304** para solicitar una copia impresa de nuestro aviso sobre protección de datos. Si tiene alguna pregunta sobre cómo utilizamos su información personal, puede escribirnos a la siguiente dirección: AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com

DECLARACIÓN

Por favor, lea con atención la siguiente declaración y firmela sólo si la entiende y acepta.

- (a) Declaro que toda la información proporcionada a través de este formulario es verdadera y completa, incluso la que no está escrita de mi puño y letra. Declaro que no he suprimido, falseado o alterado ningún hecho clínico importante. Entiendo que esta solicitud es la base del contrato entre Allianz Partners y yo, y que cualquier declaración falsa, incorrecta o engañosa o cualquier omisión de información médica importante anulará el contrato.
- (b) Me comprometo a informar a Allianz Partners de inmediato y por escrito acerca de cualquier cambio en mi estado de salud que ocurra después de firmar el presente formulario y antes de la fecha de inicio de la cobertura.
- (c) Confirmando que no exigiré la aplicación de mi derecho de privacidad con respeto a la información de mi historial médico y doy mi consentimiento para que Allianz Partners, si lo considera necesario, revise la declaración sobre mi estado de salud y contacte con otras compañías de cobertura para revisar los datos de otros contratos de cobertura de los que yo me beneficie o me haya beneficiado en el pasado. Autorizo a todos los médicos, especialistas, dentistas, profesionales médicos, empleados de establecimientos hospitalarios y autoridades sanitarias a comunicar cualquier información relativa a mi enfermedad a Allianz Partners, a sus asesores médicos, a sus representantes oficiales o a cualquier tercero que sea nombrado como experto para evaluar mi condición clínica en caso de disputas (sujeto a cualquier restricción legal aplicable).

La presente declaración debe firmarse y fecharse por el solicitante que presenta problemas dentales. Si el solicitante es menor de edad, uno de los padres o el tutor deben firmar el documento en su lugar.

Firma del solicitante

Fecha / /

Nombre en mayúsculas

ENVÍE EL PRESENTE CUESTIONARIO DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADO POR UNO DE ESTOS MEDIOS:

correo electrónico (escaneando el documento):

fax:

underwriting@allianzworldwidecare.com

+ 353 1 629 7117

También puede enviar el documento por correo postal a la dirección:

Underwriting Team
Allianz Partners
15 Joyce Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublín 12
Irlanda

Para más información o preguntas, contacte con la línea de asistencia por teléfono en el número +353 1 630 1304, o escribiendo a underwriting@allianzworldwidecare.com