

Questionário Odontológico

Se você optar por preencher uma cópia impressa deste formulário, **PREENCHA-O EM LETRA DE FORMA.**

Nome

Sobrenome

Data de nascimento DD / MM / AAAA

1. Algum tratamento odontológico (pontes, coroas, obturações, restaurações, implantes, etc.) está sendo executado no momento ou foi recomendado? Sim Não

Em caso afirmativo, especifique:

Custo estimado (incluindo a moeda)

Por favor anexe o plano de tratamento/custo

2. Você sofre de periodontite (disfunção na extensão da gengiva e nas estruturas de suporte aos dentes)? Sim Não

Em caso afirmativo, especifique:

Detalhes do tratamento em andamento

Detalhes do tratamento planejado

Custo estimado (incluindo a moeda)

Por favor anexe o plano de tratamento/custo

3. Gráfico odontológico

Preencha o gráfico odontológico usando as abreviações abaixo. Note que o primeiro dente em sua arcada superior esquerda é o número 21; o número 22 é o dente subsequente à esquerda.

Abreviações

Atualmente existente:

- a = dente ausente
- d = fechamento de diastema
- c = coroa
- o = obturação
- p = ponte
- i = implante
- in = restauração inlay
- on = restauração onlay

Tratamento/procedimento planejado:

- I = Implante
- C = Coroa
- T = Coroa telescópica
- ON = Restauração Onlay
- P = Ponte
- S = Elemento de suporte
- IN = Restauração Inlay
- M = Coroa metalocerâmica

	Direita								Esquerda								
Data do tratamento (MM/AA)	<input type="text"/>								<input type="text"/>								Data do tratamento (MM/AA)
Tratamento planejado	<input type="text"/>								<input type="text"/>								Tratamento planejado
Existente	<input type="text"/>								<input type="text"/>								Existente
Arcada superior	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	Arcada superior
Arcada inferior	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Arcada inferior
Existente	<input type="text"/>								<input type="text"/>								Existente
Tratamento planejado	<input type="text"/>								<input type="text"/>								Tratamento planejado
Data do tratamento (MM/AA)	<input type="text"/>								<input type="text"/>								Data do tratamento (MM/AA)

Exemplo

Caso você já possua uma coroa em um dente, é necessário inserir um "c" na linha "Existente" na tabela, acima ou abaixo do número referente a esse dente. Da mesma maneira, se houver um implante planejado, você deve inserir um "I" na linha "Tratamento planejado" na coluna referente a esse dente.

Seus dados pessoais

O nosso Aviso de Proteção de Dados explica como protegemos sua privacidade. Este é um aviso importante que descreve como processaremos seus dados pessoais. Você deve ler este aviso antes de nos enviar quaisquer dados pessoais. Para ler nosso Aviso de Proteção de Dados, visite: www.allianzcare.com/pt/privacy.html.

Como alternativa, entre em contato conosco no número + 353 1 645 4040 e solicite uma cópia impressa do Aviso de Proteção de Dados por completo. Se você tiver alguma dúvida sobre como utilizamos seus dados pessoais, você também pode enviar um e-mail para: AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com.

Declaração

Leia cuidadosamente as declarações a seguir e assinhe no espaço abaixo somente se você entender e estiver de acordo com as declarações.

- (a) Declaro que todas as informações fornecidas acima são verdadeiras e estão completas, incluindo as respostas que não apresentam minha caligrafia. Declaro também que não omiti, adulterei ou distorci qualquer fato material. Entendo que este formulário será a base do meu contrato com a Allianz Care, e que qualquer declaração falsa, incorreta ou enganosa e a omissão de qualquer fato material poderá tornar este seguro nulo e sem efeito.
- (b) Responsabilizo-me em informar imediatamente, por escrito, à Allianz Care sobre qualquer alteração no meu estado de saúde, ou no estado de saúde de meus dependentes, que tenha ocorrido entre o preenchimento do Questionário Odontológico e a data de início da apólice.
- (c) Eu concordo em renunciar quaisquer direitos que eu possa ter com relação ao sigilo ou à confidencialidade médica quando relacionados ao acesso de meus registros médicos e no contexto desta solicitação de seguro. Concordo que a Allianz Care, caso julgue apropriado, verifique as declarações sobre minha condição de saúde e as declarações fornecidas a outras seguradoras de saúde sobre contratos anteriores ou atuais que eu possa ter solicitado cobertura.
- (d) Sujeito a restrições legais, a Allianz Care (ou seus consultores médicos, representantes designados ou especialistas terceirizados em caso de disputas) podem solicitar informações médicas sobre mim de profissionais da área médica. Nestas circunstâncias, autorizo que todos esses profissionais, médicos, dentistas, membros de profissões médicas e funcionários de hospitais, autoridades de saúde e instalações médicas forneçam informações médicas relevantes, conforme solicitado. Esta declaração também se aplica aos meus dependentes menores de 18 anos bem como àqueles que não podem compreender o significado desta declaração.

Esta declaração e formulário devem ser assinados e datados pela pessoa que apresentar o(s) problema(s) odontológico(s). Caso seja menor de idade, esta seção deverá ser assinada por um dos pais ou pelo guardião legal.

 Assinatura	Data	<input type="text" value="D"/>	<input type="text" value="D"/>	/	<input type="text" value="M"/>	<input type="text" value="M"/>	/	<input type="text" value="A"/>	<input type="text" value="A"/>	<input type="text" value="A"/>	<input type="text" value="A"/>
Nome em letra de fôrma	<input type="text"/>										

Envie o formulário completamente preenchido por um destes canais:

E-mail: underwriting@e.allianz.com

Correio: Underwriting Team
Allianz Partners
15 Joyce Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublin 12
Irlanda

Se você tiver alguma dúvida em relação ao preenchimento deste formulário, entre em contato com a nossa Central de Atendimento pelo número: +353 1 645 4040 ou pelo e-mail: underwriting@e.allianz.com.